



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**Maestría en Administración de Servicios de Salud
2013-2015**

Tesis para optar al Título de Máster en Administración en Servicios de Salud

**Conocimiento de Seguridad del Paciente que tiene el personal de
salud de la Consulta Externa del Hospital Militar Escuela
Alejandro Dávila Bolaños**

Autor: Tnte. Cnel. Dr. David Zamora Torrez

**Tutor: Msc. Miguel Orozco Valladares
Docente e Investigador
CIES UNAN**

Managua, Enero de 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios quien me presta vida día con día y me brinda salud para seguir adelante y lograr mis metas.

A mis Padres quienes me concibieron y me enseñaron que la mejor herencia que ellos me pueden dar son mis conocimientos, ellos me formaron y guiaron para llegar donde estoy ahora.

A mi querida y amada Familia, quien con mucha paciencia, compañía y apoyo incalculable, Gracias por compartir mis logros y mis metas, esta Tesis también es fruto de sus esfuerzos.

A todos mis compañeros, por haber compartido esta aventura, por su amistad, su apoyo incondicional, sus sonrisas cálidas, ellos siempre estarán en mi Corazón, sigamos compartiendo esta hermosa amistad.

A mis Maestros, incondicionales transmisores de sabiduría, quienes con mucha paciencia, me llevaron de la mano hacia un futuro mejor.

Agradezco al Jefe del Cuerpo Médico Militar y Director del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños, General de Brigada Jaime René Darce Rivera, por brindarme el apoyo necesario para poder realizar mis estudios de Maestría en Administración de salud.

DEDICATORIA

Esta Tesis Monográfica
Se la dedico a mis hijos
Los seres humanos más especiales en mi vida,
Muchas Gracias por todo su apoyo,
Por todo su amor
Por su tolerancia
Por su sacrificio

SÍNTESIS DE LA TESIS

El presente trabajo de tesis está enmarcado en obtener valores que nos indiquen el conocimiento acerca de la seguridad del paciente, tienen los trabajadores de salud que brindan la atención en el servicio de la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

Este fue un trabajo realizado en diciembre de 2014, obteniéndose la información a través de un cuestionario auto administrado con la cooperación del Centro de Investigaciones de la Salud (CIES), previo consentimiento de cada uno de los encuestados, dicha encuesta fue realizada al personal de salud de la consulta externa en un periodo de 3 días, donde asistieron 63 trabajadores.

Es un trabajo de tipo descriptivo transversal, donde se obtuvieron resultado donde la edad que predominó fue en el rango de 30 a 39 años, el sexo femenino es la mayoría de la fuerza laboral de la consulta externa, los trabajadores cumplen con el horario establecido de 8 horas diaria, la mayoría del personal encuestado es de reciente contratación y las respuestas de los diferentes ítems demostraron que hay deficiencia en el conocimiento de los diferentes conceptos relacionados con la seguridad del paciente entre el personal de salud que brinda atención en el servicio de la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	7
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	10
VI.	MARCO TEÓRICO	11
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
VIII.	RESULTADOS.....	31
IX.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	38
X.	CONCLUSIONES.....	43
XI.	RECOMENDACIONES.....	45
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	47
XIII.	ANEXOS	51

I. INTRODUCCION.

La Seguridad del Paciente promueve el registro, estudio y prevención de los errores médicos como método de perfeccionamiento de los sistemas de salud. Sus principios existen desde la antigüedad del ser humano, estos se reafirman en los postulados por el Juramento Hipocrático: cuidar de la salud del paciente y velar con el máximo respeto por la vida humana. Sin embargo, y aquí radica su importancia, esta disciplina añade al compromiso personal, la visión de una cultura que implique a la comunidad íntegra (gobiernos, instituciones de salud, profesionales y pacientes) en el mantenimiento de un sistema de prevención, construcción y cuidado de la salud.⁽¹⁾

El gran desarrollo científico-tecnológico de los últimos 50 años ha convertido a las Ciencias Médicas en una materia sumamente compleja que ya no puede sostener su eficacia en base a las responsabilidades individuales de los profesionales y que consecuentemente, requiere de un avanzado sistema de estandarización de procedimientos y verificación en tiempo real de las acciones y los resultados.⁽¹⁷⁾

Velar por la seguridad del paciente se ha convertido en una tarea frente a la que ningún profesional puede mostrarse indiferente. En 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el informe "To Err is Human"⁽¹⁾, el cual fue analizado posteriormente por Lucian Leape y colegas y publicado en The New England Journal of Medicine. ⁽²⁾

En él se destacaban cifras alarmantes en referencia a muertes por errores médicos y por efectos adversos en ese país. Sin embargo, este documento no indicaba cuáles eran las medidas que se debían tomar para cambiar y mejorar la atención médica evitando estos errores y brindando mayor seguridad en la misma.

No fue hasta octubre de 2004, que, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Su meta era la de consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.⁽⁶⁾

Con el objetivo de mejorar la atención médica, la Seguridad del Paciente, como disciplina, promueve la elaboración de documentos, guías de práctica clínica, estudios científicos, controles estrictos de las nuevas prácticas asistenciales, tecnológicas y farmacológicas y métodos de aprendizaje diversos, que ayuden a las instituciones y a los médicos en los procesos de notificación de incidentes, investigación de los factores de riesgo, análisis de los resultados y creación de medidas preventivas en base a prácticas de eficacia comprobada.⁽¹⁶⁾

Postula, también, un viraje en el enfoque de la atención en salud en el que el testimonio del paciente y su familia sean reconocidos como principales fuentes de información en el proceso de aprendizaje en base a la experiencia, priorizando la comunicación entre el médico o la institución de salud a la cual pertenece, y el paciente como usuario de la misma, aún en los casos en que existan eventos adversos, mediante la creación de espacios de contención y apoyo mutuo que propicien el intercambio, la identificación de los errores y su análisis en conjunto.

Los Centros de Seguridad del Paciente son los encargados de la publicación, puesta a disposición y difusión del conocimiento generado por diferentes organizaciones y destacados profesionales de todo el mundo, expertos en esta especialidad, con el objetivo de minimizar el riesgo de las prácticas médicas y

ayudar a los profesionales en la tarea de proporcionar cuidados cada vez más seguros.⁽²⁰⁾

Hacer del juramento hipocrático un compromiso colectivo, significa colaborar con el desarrollo de las buenas prácticas, aprendiendo de los logros y reconociendo los errores en procesos caracterizados por su abordaje técnico, involucrando a todos los integrantes del sistema médico en la construcción responsable de la salud. Errar es parte intrínseca de la condición humana. Aprender de los errores para asegurarnos que no vuelvan a ocurrir es la primera responsabilidad de los profesionales de la salud.⁽¹⁷⁾

II. ANTECEDENTES.

La salud es un bien social, es un índice de bienestar y factor influyente en la felicidad y el equilibrio de las comunidades humanas.

La sociedad vive en constante aspiración y lucha por mejorar su nivel de salud, el cual es un fenómeno con orígenes multicausales que se encuentran inmersos en todas las facetas y actividades del ser humano.

El interés por los riesgos de la asistencia sanitaria con ser materia de plena actualidad, no resulta novedoso.

Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico, errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales de la salud. En 1955 Barr vio en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnósticos y terapia, Moser, en 1956, los llamo “Las enfermedades del progreso de la medicina”.⁽¹⁷⁾

En 1964 Schimmel llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital sufrían alguna iatrogenia y que la quinta parte eran casos graves. Steel et al en 1981 establecieron la cifra en un 36 %, de los que la cuarta parte eran graves siendo la principal causa en ambos estudios el error en la medicación. ⁽¹⁷⁾

La tasa de efectos de eventos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4-17%, de los alrededor de un 50% han sido considerados evitables.

Estos estudios se han realizados en los Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá, todos estos estudios compartían la definición operativa de eventos adversos como el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí.⁽⁴⁾

En 1984 se desarrollo en New York el estudio que se conoce como el estudio Harvard Medical Practice (HMPS) que estimo una incidencia de eventos adversos de 3.7% en las 30,121 historias clínicas de pacientes. (7)

En 70% de estos pacientes el acontecimiento adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero el 3% de los casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14 % de los pacientes contribuyeron a la muerte.

En este sentido la consecución de un pertinente conocimiento sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos.

En las últimas décadas, en distintos países del mundo se han estado realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los eventos adversos de la atención sanitaria, por identificar sus causas y en consecuencia por desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a dichos problemas.

Progresando en dicho afán por mejorar la seguridad del paciente, el Institute of Medicine (IOM) en los Estados Unidos inicio en 1998 un proyecto denominado “Quality of Health Care in América”, con el objetivo de desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad de la sanidad en los Estados Unidos a lo largo de la siguiente década.(8)

Dentro de este amplio proyecto se inscribe en una fase inicial el informe “To Err is Human-building a Safer Health System”, que examina los errores médicos en los Estados Unidos y es un llamado a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes.(8)

También en el Reino Unido la preocupación por los errores y sucesos adversos ha llevado a promover una política de identificación y reducción de errores médicos. Así, tras la publicación del informe del National Health Service (NHS): “An organisation with a memory”, se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente que queda plasmado en el programa: “Building a safe NHS”.⁽⁷⁾

Este programa se ha beneficiado de intensos contactos e intercambios entre representantes del Reino Unido, Australia y los Estados Unidos, y entre otras iniciativas ha conducido a la creación de un sistema obligatorio para notificar los sucesos adversos y complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, gestionado por la “National Patient Safety Agency”.⁽⁷⁾

En España se realizan los estudios de Estudio sobre la seguridad de los pacientes en la atención primaria de salud (APEAS) y Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) que analizaron la frecuencia y tipos de eventos adversos en pacientes hospitalizados y en pacientes de atención primaria, dichos estudios se realizaron en 2005.

El estudio de prevalencia sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS) fue el mayor estudio realizado en el mundo con el mayor número de hospitales participantes, se realizó en el 2010.⁽⁴⁾

En México desde el 2001 hasta el 2007, se inicia con actividades como fue la Cruzada Nacional por la calidad en los servicios de Salud y se da la firma de declaración conjunta del Primer Reto de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.⁽¹⁹⁾

III. JUSTIFICACION.

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, dialogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas centradas en el cuido de una atención de calidad a los pacientes.

En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación complejas de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de practica insegura para la ocurrencias de eventos adversos.⁽¹⁷⁾

En los países en desarrollo existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionados por el mal estado de las infraestructuras de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de los desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes, por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamientos esenciales.

Un evento adverso no es más que “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de la salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes”.

Para evitar esos errores humanos o incidentes inesperados y no deseados que originan faltas graves, generalmente por factores muy profundos y variados, se requiere de una serie de acciones que velen por la contratación, formación, educación continua y retención de los profesionales de salud en aras de aumentar la seguridad de los pacientes.

No obstante, hoy se puede decir que hace falta documentar mas las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, por el sub registro de la información que se presenta debido a la reticencia del personal sanitario para notificar dichos errores, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y atención de salud y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica de salud.⁽⁴⁾

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (Unión Europea, Organización Mundial de la Salud, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. ⁽²²⁾

Es importante la reflexión permanente sobre los conocimientos, normas valores, actitudes y aptitudes como una conjugación de factores requeridos para el logro de la excelencia en la atención de salud.

Encontramos oportuno realizar este trabajo de tesis, como un aporte para incrementar el acervo de conocimiento acerca lo que es la seguridad del paciente y modificar de manera positiva las conductas o comportamiento del personal que labora en la institución, que nos permita realizar los diferentes procesos de cambio en pro de la mejoría continua para el logro de la excelencia en la atención de salud en los diferentes niveles de atención y servicios que se brindaran en el Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el objetivo de mejorar la atención médica, la Seguridad del Paciente, promueve la elaboración de guías de práctica clínica, estudios científicos, controles estrictos de las nuevas prácticas asistenciales, tecnológicas y farmacológicas y métodos de aprendizaje, que ayuden a las instituciones y al personal de salud en los procesos de notificación de incidentes, investigación de los factores de riesgo, análisis de los resultados y creación de medidas preventivas en base a prácticas de eficacia comprobada. (20)

El conocimiento de la seguridad del paciente, hace énfasis en la reducción de las probabilidades del personal de salud de cometer errores y así prevenir los eventos adversos, de acuerdo a esos aspectos es importante saber:

¿Qué conocimientos tiene el personal de salud que labora en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños sobre Seguridad del Paciente?

1. ¿El personal de salud que labora en la consulta externa tiene conocimiento sobre las ocurrencias de eventos adversos en los servicios de atención brindados?
2. ¿Cuáles son las características socio demográficas del personal de salud encuestado que presta atención de salud en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de la consulta externa, sobre los conceptos de seguridad del paciente en la atención de salud en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños?

V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

5.1 Objetivo general

Identificar el conocimiento que sobre seguridad del paciente maneja el personal de salud que brinda la atención de salud en el servicio de la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” en diciembre del 2014.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar el conocimiento sobre las ocurrencias de eventos adversos en la atención medica en el servicio de la consulta externa.
- 2) Describir las características socio demográficas del personal de salud de la consulta externa.
- 3) Valorar el conocimiento sobre los conceptos de Seguridad del Paciente en el proceso de atención medica.

VI. MARCO TEÓRICO

Definición de seguridad de paciente.

La seguridad del paciente de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria, es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.⁽²⁰⁾

Al implementar una política de seguridad del paciente en una organización se logran procesos de atención más seguros y se protege al paciente de riesgos que se pueden evitar o mitigar.

La seguridad del paciente tiene un efecto multiplicador, una organización que vive un clima de seguridad al proporcionar la atención medica, tendrá personal motivado y orgulloso de pertenecer a ella.

En este clima de seguridad para el paciente dentro de una organización con personal comprometido es fundamental el cumplimiento de dos condiciones muy importante: la aceptación de la condición humana que se puede cometer errores y no es perfecta y la disposición para el cambio de conductas y actitudes. Solo si se cumplen estas condiciones estaremos ante organizaciones de salud preparadas para el reto de una atención segura.⁽¹⁹⁾

HISTORIA

El daño involuntario no es un fenómeno nuevo, el registro más antiguo de este problema data del siglo XVII antes de Cristo (A.C). En esta época la solución a este problema era netamente punitivo (se le cortaba la mano al cirujano que cometía el error). Hoy las soluciones son más constructivas y el éxito de las acciones depende del trabajo en equipo y la comunicación entre los profesionales, la participación de los pacientes y el diseño de los sistemas de salud.⁽³⁾

El ejercicio de la medicina en su proceso evolutivo ha presentado 3 eras en el tema de la seguridad del paciente, que se pueden definir. La primera es la de la infalibilidad absoluta, donde la imagen incuestionable del médico era la del que cura todo lo que es posible curar y donde no se puede equivocar, aunque en los principios hipocráticos se enunciara que se podía cometer errores en quienes atendían la salud. ^(3,5)

La segunda es la infalibilidad relativa entre los años 1853 y 1856, aquí el análisis crítico de la enfermera Florence Nightingale, en los hospitales británicos, hizo evidente que los pacientes podían ser infectados por quienes los estaban atendiendo. La explosión de la ciencia y la tecnología del siglo XX condujo a la preservación de una auto imagen profesional que reforzó la convicción de que efectivamente es posible cometer errores, pero que esto ocurre esporádicamente.^(3,5)

La tercera era empieza a partir del año 1999 cuando el instituto de medicina de los Estados Unidos publico el libro “Errar es Humano: construyendo un sistema de salud seguro”, donde se reconoce de manera explícita que los errores son muchos más frecuentes de lo que podría haberse pensado y que incluso llegan a producir muertes evitables. ⁽⁸⁾

En la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra el 18 de mayo de 2002, se aprobó la resolución WHA55.18 que instó a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a consolidar sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud, especialmente la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

(10)

Además se pedía a la dirección de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definir normas mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para poner en práctica una actuación concreta.

El 27 de octubre de 2004 se puso en marcha el proyecto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el lema “Ante todo no hacer daño”.

La Alianza se crea para coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo a través de formulación de políticas y fomento de prácticas adecuadas, propiciando la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su secretaría, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales.⁽¹¹⁾

Además busca crear una cultura de seguridad del paciente con recurso humano competente, serio y preocupado por el paciente y que cuente con todo el apoyo necesario para prestar una asistencia segura en todos los ámbitos de la atención.

El consejo Europeo el 13 de abril de 2005 concluyó con “La Declaración de Varsovia sobre la seguridad de los Pacientes: La seguridad de los pacientes como un reto europeo”. En este se propuso la cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistema de información

para el aprendizaje y la toma de decisiones y la participación activa de los pacientes en el proceso.⁽¹²⁾

Nicaragua se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente a partir del año 2009 implementando el programa “La cirugía segura salva vida” (Conferencia con Personal Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud en Nicaragua).

Definición de evento adverso

Se define como una lesión no intencionada que se relaciona con el proceso asistencial más que al estado patológico del paciente. Estos se pueden prevenir si se realiza una adecuada utilización de los estándares de calidad asistencial.

Se deben concebir los errores dentro de un sistema y no de forma individual para que las soluciones sean verdaderas estrategias de calidad. Al momento de analizar un evento adverso se debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales: si se pudo haber evitado, y si la falla fue del diseño del proceso, de protocolo o humana. La visión sistemática del evento adverso es la concatenación de todos los fallos, así lo demuestra el modelo del queso suizo Reason: cuando todos los fallos se alinean como los agujeros del queso se produce el accidente o evento adverso.^(4,7)

Las correcciones se deben realizar bajo tres acciones complementarias entre sí: prevención de eventos adversos, visibilidad de los mismos y mitigación de sus efectos cuando ocurren.

Los siguientes son los principales frentes de trabajo en seguridad del paciente definidos en base a la frecuencia y severidad de presentación de eventos adversos:

- 1) Infección nosocomial.
- 2) Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos.
- 3) Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
- 4) Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Barrera de seguridad.

Son prácticas seguras surgidas del análisis de las causas de los eventos adversos que buscan disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso.

Estas prácticas seguras tienen los siguientes lineamientos:

- Garantizar una atención limpia
- Evitar la confusión en la administración de medicamentos.
- Disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación y entrenamiento
- Evitar las caídas de los pacientes
- Remisión oportuna de pacientes
- Utilización segura de la tecnología.

El diseño de las barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos.

Hacia una cultura de seguridad del paciente.

Los sistemas de atención en salud se deben concebir de forma que permitan reducir a un mínimo los riesgos a los que están expuestos los pacientes, en este orden de ideas es fundamental el cambio de la organización hacia una cultura de seguridad del paciente que incluye tener funcionarios competentes y preocupados por el tema, la disminución de barreras estructurales, la formación en el liderazgo, la evaluación constructiva y no punitiva y la inclusión de todo el personal. Esa cultura lleva a tener instituciones inteligentes que identifican problemas, definen estrategias de prevención y adquieren habilidades para

aprender de los errores. Esto se traduce en un cambio hacia prácticas adecuadas y reevaluación constantes que resulta en organizaciones que trabajan con calidad.⁽¹³⁾

Para que la organización adquiriera una cultura de seguridad para el paciente se deben hacer mejoras en las siguientes actividades: sistemas de registro e información, análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes.

Sistemas de registro

Cada organización debe contar con métodos sistematizados de información y estándares internacionales que vengán al rescate del miedo de los profesionales a las denuncias y pérdida de la confidencialidad de los pacientes. Países como Dinamarca, Holanda, Italia, entre otros han adoptado registros obligatorios de eventos adversos.^(11,15)

Análisis de los procesos

Incluye la gestión de riesgos que consisten básicamente en revisar lo hecho de manera sistemática e identificar si se podría haber hecho mejor y como. Para introducir gestión de riesgos se debe crear un ambiente de trabajo basado en la confianza y el aprendizaje y no en la reprobación. Un método utilizado para analizar los procesos es el Análisis de Modo y Efecto de la Falla (**AMEF**), que identifica las fallas potenciales que puede tener un proceso por deficiencia en su diseño o en su ejecución, es una herramienta utilizada para prevenir los problemas y así evitar que ocurran.

El método consiste primero en identificar todas las fallas del proceso, luego describir las causas de cada falla y por último describir cómo se van a intervenir.⁽⁶⁾

Participación de los pacientes

La adopción por partes de los pacientes de estilos de vidas saludable, el cumplimiento del tratamiento y el uso adecuado de medicamentos condicionan favorablemente los resultados de las intervenciones medicas.⁽⁶⁾

La alianza para la seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud.

Es creada por la Organización Mundial de la salud como mecanismo de intercambio de experiencias entre los países miembros para desarrollar políticas de seguridad de los pacientes a través del apoyo de actividades colectivas que promueven el trabajo en equipo, el aprendizaje mutuo y el aporte de conocimientos y recursos que se comparten entre todos los países.⁽¹¹⁾

Áreas de trabajo:

- Implementación de métodos para estimación de riesgos.
- Nomenclatura de errores médicos y deficiencias en los sistemas de atención en salud.
- Sistemas de notificación y aprendizaje: adopción de estrategias para identificar las prácticas optimas, promoverlas y aprender de los eventos adversos producidos o que se hayan logrado evitar.
- Preparar a las personas encargadas de la atención en la cultura de seguridad del paciente.
- Procedimientos esenciales de atención clínica: capacitación del personal de salud sobre procedimientos seguros y la utilización de equipo seguro en las áreas de traumatología, obstetricia y anestesia.
- Seguridad del embarazo: directrices para mejorar el acceso a la atención con calidad y oportunidad, desarrollo del recurso humano apoyo comunitario.

- Seguridad de las inyecciones: actividades destinadas a mejorar la disponibilidad de inyecciones de un solo uso, guardianes de seguridad, gestiones adecuadas de jeringas y agujas usadas.
- Seguridad de la inmunizaciones: promoción de jeringas autoinutilizables y sistemas de vigilancia de la inocuidad de las vacunas.
- Seguridad de las transfusiones sanguíneas: supervisión desde la donación hasta el seguimiento de los receptores.
- Dispositivos médicos: normas internacionales, especificaciones de funcionamiento, precalificación de proveedores, utilización adecuada y procedimientos de alerta y retirada de productos.
- Vigilancia farmacéutica: intercambio de información relativa a medicamentos y fármaco vigilancia.

Propósitos y actividades de la alianza.

- Seguridad para el paciente en todo el mundo.
- Pacientes por la seguridad del paciente.
- Taxonomía de la seguridad del paciente.
- Investigación para la seguridad del paciente.
- Soluciones para la seguridad del paciente.
- Notificación y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente.
- Inclusión de la tecnología y educación.
- Determinación de hospitales modelos.

Progresos de la alianza.

- Primer reto “una atención limpia es una atención más segura”
- Segundo reto: “La cirugía segura salva vida”
- Tercer reto: “pacientes para la seguridad del paciente”
- Cuarto reto: “Investigación para la seguridad del paciente”
- Quinto reto: “la clasificación internacional para la seguridad del paciente”

- Sexto reto: “presentación de informes y de aprendizaje para la seguridad del paciente”
- Séptimo reto:” soluciones para la seguridad del paciente”
- Octavo reto: “la inclusión de la tecnología”

La iniciativa High -5

Dentro del séptimo reto se desarrollo dicha iniciativa que busca aprovechar la aplicación de 5 soluciones estandarizadas de seguridad del paciente que tienen un alto impacto en la prevención de eventos adversos y así lograr una reducción apreciable significativa y sostenida de los problemas de seguridad del paciente.⁽¹⁵⁾

Las 5 soluciones son:

- Gestión de concentración de medicamentos inyectables.
- Asegurar la precisión de la medicación en los traslados asistenciales.
- La comunicación del estado de los pacientes durante el traslado.
- Mejora de la higiene de las manos.
- Realización de procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.

Taxonomía de la seguridad del paciente

Las publicaciones sobre seguridad del paciente han aumentado rápidamente desde el último decenio, pero la falta de un lenguaje común han obstaculizado su interpretación, por ello se llevo a la conclusión que era necesaria una clasificación general de conceptos y definiciones para que fueran aplicad en todos los campos y niveles de atención en salud.^(5,9)

Conceptos claves

PACIENTE: persona que recibe atención sanitaria.

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE: Son atributos seleccionados de un paciente como por ejemplo su identificación o sus datos demográficos.

ATENCION SANITARIA: servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Incluye el cuidado de la salud por uno mismo.

SALUD: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

SEGURIDAD: ausencia de peligro.

PELIGRO: circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.

INDICIO DE ATENCION INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCION DE SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución procesos incorrecto (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

CIRCUNSTANCIAS: cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.

EVENTO: algo que le ocurre a un paciente.

AGENTE: sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

DAÑO RELACIONADO CON LA ATENCION SANITARIA: daño que se deriva de las acciones de un profesional sanitario durante la prestación de la asistencia, o que se asocia a esta, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

INCIDENTE: eventos que no causan lesión ni daño pero que si pueden facilitarlos. Dentro de estos, la literatura anglosajona discrimina dos clases:

- 1) Close call: errores que pudieran haber resultado en daño, pero que afortunadamente se identificaron antes de que sucedieran.
- 2) Near miss: errores que se producen pero que no causan daño.

INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Pueden ser actos intencionados o no intencionados, mientras que las infracciones son intencionadas. Hay incidentes que pueden no llegar a causar daño.

TIPO DE INCIDENTE: son incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas. En cada tipo de incidente se pueden agrupar muchos conceptos similares. Es posible que un evento adverso tenga que asignarse a varios tipos de incidentes, siendo el principal el que llevo más directamente a un daño potencial.

ERROR: es la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan incorrecto durante la fase de planificación o ejecución de un proceso. Los errores y fallas institucionales se pueden clasificar en:

- Según el área de atención
 - Clínicos: relacionados o no con la medicación.
 - Administrativos
- Según los sistemas de atención:
 - Errores de acción: resultante de “hacer lo que no había que hacer”
 - Errores por omisión: es el causado por “no hacer lo que había que hacer”

ERROR ASISTENCIAL: falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial.

ERROR LATENTE: es aquel que resulta de las debilidades no detectables relacionadas con la organización o con equipos defectuosos que nos están esperando para que produzcamos un evento.

FACTOR HUMANO: los individuos nos equivocamos porque somos olvidadizos, despistados, indolentes, poco inteligentes que nos conlleva a fallos de atención, distracciones, lapsus, errores de valoración incumplimientos de normas establecidas que se traducen en FALLAS ACTIVAS.

FALLAS ACTIVAS: son aquellas cometidas por las personas que están en contacto directo con el paciente o con el sistema. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que contribuyen a su producción.

RIESGO: probabilidades de que se produzca un incidente.

RIESGO ASISTENCIAL: factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado no deseable.

EVENTO ADVERSO: es el resultado de una atención en salud que produce daño a un paciente, no es intencional ni esperado. Puede o no estar asociado al error.

EVENTO ADVERSO SEVERO: se considera como severo aquel que causa la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de las barreras de seguridad que son los estándares del cuidado asistencial.

EVENTO CENTINELA: hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirla a futuro.

DAÑO: alteración estructural o funcional del organismo y / o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Puede ser una enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad o la muerte y de carácter físico, social o psicológico.

ENFERMEDAD: disfunción fisiológica o psicológica.

LESION: daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

SUFRIMIENTO: experiencia de algo subjetivamente desagradable.

DISCAPACIDAD: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

FACTOR CONTRIBUYENTE: circunstancias, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o en la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de producirlo. Pueden ser externos o internos de la organización, relacionados con el personal o con el propio paciente.

COMPLICACION: es el daño o resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o las condiciones propias de los pacientes.

VIOLACION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN SALUD: las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD: una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTION DEL EVENTO ADVERSO: se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

ACCIONES DE REDUCCION DE RIESGO: son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas como el análisis de modo y falla (**AMF**) el análisis probalístico del riesgo, y reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido

luego de la presentación del incidente no evento adverso, como por ejemplo el análisis de la ruta causal.

ATRIBUTO: cualidades, propiedades o rasgos de algo o alguien.

CARACTERISTICAS DEL INCIDENTE: atributos seleccionados de un incidente tales como el tratamiento, la hora y la fecha o las especialidades que intervienen.

REACCION ADVERSA: daño imprevisto derivado de un acto justificado realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

EFFECTO SECUNDARIO: efecto conocido, distinto al deseado, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

DETECCION: acción que da lugar al descubrimiento de un incidente, esto puede hacerse detectando un error a través de monitores o alarmas, un cambio en un examen de un paciente, o una auditoria o evaluación de riesgos.

FACTOR ATENUANTE: acción que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente. La expresión “recuperación del error” se refiere a la combinación de la detección y atenuación para recuperar un incidente que ya se presento pero no se refiere a la recuperación de un incidente que ya ha comenzado.

RESULTADO PARA EL PACIENTE: son las repercusiones para el paciente atribuibles a un incidente.

GRADO DE DAÑO: es la intensidad y duración del daño y las repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.

RESULTADO PARA LA ORGANIZACIÓN: repercusiones para la organización responsable de la atención atribuibles a un incidente.

MEDIDA DE MEJORA: es una medida adoptada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.

RESILENCIA: grado en que el sistema es capaz de prevenir, detectar, mitigar o mejorar peligros o incidentes. Permite recuperar lo antes posible la capacidad de desempeñar las funciones luego de un incidente.

RESPONSABLE: persona que ha de rendir cuentas.

CALIDAD: grado en que los servicios de salud prestados produzcan los efectos deseados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

FALLA DEL SISTEMA: defecto o disfunción de los métodos operativos, procesos o infraestructura de una organización. Pueden ser fácilmente inadvertidos o evidentes y estar relacionados con el sistema, la organización o el paciente.

MEJORA DEL SISTEMA: resultados de la cultura, los procesos y las estructuras dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

ANALISIS DE CAUSAS PROFUNDAS: proceso sistemático y reiterativo para identificar los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia de hechos cronológicamente y preguntándose repetidamente porque hasta que hayan claudicado las causas subyacente.

PRACTICA SEGURA: intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de un evento adverso.

En la actualidad existe un reconocimiento creciente de que la seguridad y la calidad del paciente es una dimensión crítica de la cobertura universal de salud. Desde el lanzamiento del Programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud en 2004, más de 140 países han trabajado para hacer frente a los retos de la atención insegura.⁽²⁰⁾

Las estimaciones indican que en los países desarrollados, 1 de cada 10 pacientes se perjudican al recibir atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de errores o eventos adversos. ⁽²¹⁾

Los estudios de seguridad indican que la hospitalización adicional, costos judiciales, las infecciones adquiridas en los hospitales, la discapacidad, la pérdida de productividad y gastos médicos cuestan en algunos países alrededor de U\$ 19 mil millones anuales. Por lo tanto la mejora en la seguridad del paciente trae beneficios económicos convincentes. ⁽²¹⁾

Hay una deficiente historial de seguridad de la asistencia sanitaria, las industrias con un mayor riesgo percibido, como la aviación y las nucleares tienen un mejor historial de seguridad que la atención sanitaria. Hay una probabilidad en un millón de posibilidades que un viajero sufra un daño, mientras que hay una probabilidad en 300 posibilidades que un paciente sufra un daño en su atención de salud. ⁽²¹⁾

Se ha aprendido que los pacientes hospitalizados están en riesgo de sufrir un evento adverso, y los pacientes que toman medicamentos tienen el riesgo de errores de medicación y de reacciones adversas. Una consecuencia importante de este conocimiento ha sido el desarrollo de la seguridad del paciente como una disciplina especializada para ayudar a la atención sanitaria a profesionales, gestores, de atención de salud, organizaciones, gobiernos y consumidores que deben familiarizarse con los conceptos y principios de la seguridad del paciente. Las tareas por delante de la salud son inmensas y requiere que todos los

implicados participen con responsabilidad en la atención para comprender la magnitud de los daños a los pacientes. ⁽¹⁶⁾

Las amenazas a la seguridad del paciente son el resultado final de causas complejas como equipo defectuoso; diseño del sistema; y la interacción de factores humanos, incluyendo la fatiga, las limitaciones de la memoria, y la distracción.

La manera de mejorar las seguridades aprenderá cerca de las causas de error y utilizar este conocimiento para diseñar sistemas de cuidado a fin de evitar error en lo posible que suceda dicho incidente. ⁽⁶⁾

Con ese fin, Institute for Healthcare Improvement (IHI) promueve los siguientes tres pasos modelo para reducir los errores y mejorarla fiabilidad en la salud los sistemas de asistencia: 1). Prevenir el fracaso (un desglose de las operaciones o funciones), 2). Identificar el fracaso cuando se produce y mitigarlo, 3). Rediseñar el proceso basado en las fallas identificadas. ⁽⁶⁾

“No es posible alcanzar la calidad en la asistencia a menos que conozca cómo puede ser “producida” la calidad, es decir, a menos que se disponga de la ciencia y la tecnología pertinentes a la calidad, Los sectores profesional e institucional han, por descontado, aceptado con entusiasmo este encargo y han emprendido un esfuerzo continuado para hacer avanzar la ciencia de la asistencia sanitaria”. ⁽²⁴⁾

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Es un estudio Descriptivo de tipo transversal.

Área de estudio: Es el Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

Universo: El personal de la consulta externa (153) que laboraron en diciembre de 2014.

Unidad de análisis: Los 63 trabajadores que prestan atención de salud en el servicio de la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

Criterios de Inclusión: Personal de salud de la consulta externa.

Criterios de exclusión: Personal de salud que estaba de vacaciones, de subsidio y aquellos que no quisieron asistir.

Período en que se realizó el estudio: Diciembre 2014.

Recolección de la información y técnica utilizada: Cuestionario auto-suministrado, que se distribuyó en el auditorio del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”, por 3 días consecutivos al personal que brinda atención de salud en la consulta externa, dicho llenado tuvo la supervisión directa del personal del Centro de Investigaciones de la Salud (CIES).

Procesamiento de datos: Una vez recolectada la información se elaboró una base de datos. Luego la Información se procesó mediante el programa Epi Info. El análisis se realizó por frecuencia y porcentaje y la información se presenta en cuadros y gráficos elaborados en el programa Excel 2010.

Variables por Objetivo

Objetivo No.1: Identificar el conocimiento sobre la ocurrencia de eventos adversos en la atención de salud tienen los médicos de la consulta externa.

- Conocimientos de reportes de eventos adversos.

Objetivo No. 2: Describir las características Socio-demográficas del personal médico encuestado en el estudio

- Edad
- Sexo
- Antigüedad
- Horas Laborables

Objetivo No.3: Valorar el conocimiento sobre los conceptos de Seguridad del Paciente en el proceso de atención medica.

- Error latente.
- Error de medicación.
- Fallas activas
- Factor humano
- Error
- Causa proximal de error
- Evento medico adverso no prevenible
- Evento adverso por incumplimiento de Normas

VIII. RESULTADOS

En el estudio realizado sobre el conocimiento de la seguridad del paciente que tienen los trabajadores que brindan atención de salud en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. "Alejandro Dávila Bolaños" en diciembre del año 2014 se obtuvieron los siguientes resultados: En este estudio se incluyeron un total de 63 personas que constituyeron la muestra, de un universo de 153 trabajadores de la consulta externa, y fueron los que cumplieron con los criterios de inclusión.

Con respecto al conocimiento que tienen los trabajadores de la salud de la ocurrencia de eventos adversos en la atención de salud, 25 trabajadores, (39.68%), respondieron que la frecuencia de los reportes de eventos adversos se presentaron en el rango del 1-5 %, 15 (23.81%) respondieron en el rango de > 10 %, 8 (12.70%) respondieron en el rango de 6-10 %, 8(12.70%) no supieron responder dicha pregunta, 7 (11.11%) respondieron en el rango de <1%. De los 63 (100%) trabajadores encuestados, 25 (39.68%) respondieron correctamente y los 38 (60.32%) respondieron incorrectamente. (Kps1).

Respecto a la edad se encontró que el grupo de 30 a 39 años fue el que predominó con 26 (41.27%) del personal encuestados, seguidos del grupo de 20 a 29 años con 16 (25.40%), el grupo de 50 a mas tuvo una representación de 13(20.63%) y el grupo de 40 a 49 años presentó 7(11.11%) del personal encuestados, 1 (1.59%) no respondió.

El sexo que predominó fue el femenino con 38 (60.32%) y el sexo masculino presentó 24 (38.10%) del personal encuestados, 1 (1.59%) no respondió.

En lo referente a la antigüedad que tienen los trabajadores de la salud, de trabajar en la consulta externa se encontró que el grupo de los 1 a 5 años fue el de mayor número con 30 (47.62%), seguidos del grupo menor de un año con 19 (30.16%), el

grupo de 11 a 15 años con 6 (9.52%), el grupo de 6 a 10 años con 5 (7.94%), el grupo de más de 21 años con 2(3.17%) y el grupo de 16 a 20 años con 1 (1.59%).

Se obtuvieron los siguientes resultados relacionados con el numero de hora que trabajan a la semana, 40 a 59 horas encontraron a 50 (85.71%), de 20 a 39 horas encontraron 7(11.11%) menos de 20 hora encontraron 1(1.59%) y más de 100 hora a la semana encontraron 1(1.59%)

Con respecto al conocimiento que tiene el personal del concepto de un error latente, en base al ejemplo descrito en la pregunta 2, se encontró que 25 trabajadores (39.68%) respondieron que el enunciado es un ejemplo de error latente, 22(34.92%) respondieron como un error de descripción, 10 (15.87%) respondieron como un error de medicación, 4 (6.35%) no supieron responder, 2 (3.17%) respondieron como una función forzada. De los 63 (100%) de los trabajadores encuestados, 25 (39.68%) respondieron correctamente y 38 (60.32%) respondieron incorrectamente. (Kps 2).

Siguiendo con el conocimiento del concepto de error latente encontraron los siguientes resultados, 35 (55.56%) trabajadores encuestados respondieron que un ejemplo de un error latente es el insuficiente personal en una unidad de cuidados intensivo, 17 (26.98%) respondieron que ordenar una radiografía de tórax en un paciente equivocado correspondía a un ejemplo de error latente, 5 (7.94%) no pudieron responder dicha pregunta, 3 (4.76%) respondieron que confirmar una dosis de medicamento en un directorio computarizado es un ejemplo de error latente, 3 (4.76%) respondieron que usar código de barra como identificación de pacientes representaba un ejemplo de error latente, De los 63 (100%) trabajadores encuestados 35 (55.56%) respondieron correctamente y 28 (44.44%) respondieron incorrectamente. (Kps 8).

De acuerdo al conocimiento sobre el concepto de error latente (Kps 12) se encontraron los siguientes resultados, que 18 (28.57 %) trabajadores encuestados respondieron que las fallas entre las interrelaciones humanas, las herramientas que ellos usan y el ambiente en el cual ellos viven y trabajan constituyen errores latentes, 5 (7.94%) no respondieron dicha pregunta, 18 (28.57%), respondieron que los actos inseguros de los trabajadores constituyen errores latente, 12(19.05%) respondieron que las propiedades oculta de un sistema que permite que los individuos cometan errores constituyen errores latente, 10 (15.87%) respondieron que los daños causados por el manejo medico y no por la enfermedad son errores latentes .De los 63 (100%) trabajadores encuestados, 12(19.05%) respondieron correctamente y 51 (80.95%) respondieron incorrectamente. (Kps 12).

Referente al conocimiento del personal de salud sobre el concepto de error en la medicación se obtuvieron que 20 (31.75%) respondieron que el 1 % tiene la probabilidad de que se produzca la ocurrencia de un error de medicación, 18(28.57%), respondieron que el 0.2 % tiene la probabilidad de que se produzca la ocurrencia de un error de medicación, 12(19.05%), respondieron que el 2 % tiene la probabilidad de que se produzca la ocurrencia de un error de medicación, 8 (12.70%) respondieron que el 20 % tiene la probabilidad de que se produzca la ocurrencia de un error de medicación. 5 (7.94%) no respondieron dicha pregunta, De los 63 trabajadores encuestados solo 8 (12.70%) respondieron correctamente y los 55(87.3%) respondieron incorrectamente. (Kps 3).

En lo referente del conocimiento acerca del concepto de falla activa, relacionado al ejemplo descrito, se encontró que 22 (34.92%) respondieron que se debía a déficit de conocimiento, 17 (26.98%) respondieron que se debía a una falla activa, 15 (23.81%) respondieron que se debía a un error latente, 6 (9.52 %) no pudieron responder la pregunta, 3 (4.76%) respondieron que se debía a una función de forzamiento. De los 63 (100%) trabajadores encuestados 17 (26.98%) respondieron correctamente y 46 (73.02%) respondieron incorrectamente. (Kps 5).

Siguiendo con el conocimiento del concepto de falla activa relacionado a la pregunta, se obtuvieron los siguientes resultados 26 (41.27%) respondieron que dejar pasar un neumotórax en una radiografía de tórax después de la inserción de un catéter venoso central es el mejor ejemplo de una falla activa, 16(25.40%) respondieron que programando residentes a trabajar más de 60 horas continua para cubrir un fin de semana especial es el mejor ejemplo de una falla activa, 12 (19.05%) respondieron que diferentes medicamentos de quimioterapia con etiquetas y frascos similares constituyen el mejor ejemplo de falla activa, 5 (7.94%) no pudieron responder dicha pregunta, 4 (6.35%) respondieron que una bomba de infusión que requiere cálculos complejos de dosis es el mejor ejemplo de falla activa. De los 63 (100%) de los trabajadores encuestados 26 (41.27%) respondieron correctamente y los 37 (58.73 %) respondieron incorrectamente. (Kps 7).

Con respecto al conocimiento del concepto de factor humano evaluado, se obtuvieron los siguientes resultados, 19 (30.16%) respondieron que el principio de restricción es el principio de factor humano mejor ejemplificado, 17 (26.98%) respondieron que la función de forzamiento es el principio de factor humano mejor ejemplificado, 13 (20.63%) respondieron que la eliminación de parecidos es el principio del factor humano mejor ejemplificado, 8 (12.70%) respondieron que menor dependencia de la memoria es el principio del factor humano mejor ejemplificado, 6(9.52%) no pudieron responder dicha pregunta. De los 63 (100%) trabajadores encuestados, 17 (26.98%) respondieron correctamente y 46 (73.02%) lo hicieron incorrectamente. (Kps 9).

Referente al conocimiento de los principios del factor humano evaluado se obtuvieron los siguientes resultados, 27 (42.86%) respondieron que el principio de restricción es el principio del factor humano mejor ejemplificado, 14 (22.22%) respondieron que el principio de simplificación es el principio del factor humano mejor ejemplificado, 10 (15.87%), respondieron que el principio de menor dependencia en la vigilancia es el principio del factor humano mejor ejemplificado

9 (14.29%) respondieron que el principio de función de forzamiento es el principio del factor humano mejor ejemplificado, 3 (4.76%) no respondieron dicha pregunta. De los 63 (100%) trabajadores encuestados 27(42.86%) respondieron correctamente y 36(57.14 %) respondieron incorrectamente. (Kps 10).

En el conocimiento del concepto de error más frecuente en la vida diaria Kps 13, se obtuvieron los siguientes resultados, 19 (30.16%) respondieron que confundir las dosis de los medicamentos es el error más frecuente en la vida diaria, 14 (22.22%) respondieron que la lectura errónea de una etiqueta es el error más frecuente en la vida diaria, 13 (20.63%) respondieron que el cálculo aritmético es el error más frecuente en la vida diaria, 13 (20.63%) respondieron que olvidar apagar un interruptor es el error más frecuente de la vida diaria, 4 (6.35%) no pudieron responder dicha pregunta. De los 63 (100%) trabajadores encuestados, 13 (20.63%) respondieron correctamente y 50 (79.37%) respondieron incorrectamente (Kps 13).

Del conocimiento de la causa proximal del error, se obtuvieron los siguientes resultados, 25(39.68%) respondieron que los actos inseguros de los trabajadores son las causas de que se produzcan los errores, 22 (34.92%) respondieron que es la razón aparente de porque el error ocurrió, 8 (12.70%) respondieron que las interacciones fármaco-fisiológicas que ocurrieron en el paciente afectado corresponden a la causa proximal del error, 5 (7.94%) no pudieron responder dicha pregunta, 3 (4.76%) respondieron que los individuos son responsables por el error. De los 63 (100%) de los trabajadores encuestados, 22(34.92%) respondieron correctamente y 41 (65.08%) respondieron incorrectamente. (Kps14).

Refiriéndonos al conocimiento del concepto de evento medicamentoso adverso no prevenible, se obtuvieron los siguientes resultados, 39 (61.90%) de los médicos encuestados respondieron que el incidente que sucedió fue un evento medicamentoso adverso prevenible, 11 (17.46%) respondieron que el incidente

que sucedió fue descrito como un error latente, 6 (9.52%) respondieron que el incidente que sucedió fue descrito como un potencial evento medicamentoso adverso, 4(6,35%) no respondieron a dicha pregunta, 3(4.76) respondieron que el incidente que sucedió fue un evento medicamentoso adverso no prevenible. De los 63 (100%) de los trabajadores encuestados 3 (4.76%) respondieron correctamente y 60 (95.24%) respondieron incorrectamente. (Kps4).

Con respecto al concepto del daño causado por el incumplimiento de normas (malas conductas) se obtuvieron los siguientes resultados, 39 (61.90%) respondieron que el daño por desobediencia voluntaria de las guías prácticas es la segunda mala conducta que debe ser sancionada, 10 (15.87%) respondieron que el daño por violación de una regla impráctica es la segunda mala conducta que debe ser sancionada, 8 (12.70%) respondieron que el daño por incompetencia del proveedor es la segunda mala conducta que debe ser sancionada, 6 (9.52%) no respondieron a dicha pregunta y en el concepto de daño causado por abuso de sustancias no respondieron. De los 63 (100%) de los trabajadores encuestados, todos respondieron incorrectamente dicha pregunta. (Kps 6).

Se evaluó el conocimiento relacionado a que la mayoría de los errores prevenibles, eran causados por diferentes factores, obteniéndose los siguientes resultados, 33 (52.38%) respondieron que los errores prevenibles eran causados por deficiencias de desempeño, 12 (19.05%) respondieron que las deficiencias de procesos son las causas de los errores prevenibles, 7 (11.11%) respondieron que la deficiencias de hechos son las causas de los errores prevenibles, 6 (9.52%) no respondieron a dicha pregunta, 5 (7.94%) respondieron que las prácticas defensivas son las causas de los errores prevenibles.

De los 63 (100%) trabajadores encuestados, 12(19.05%) respondieron correctamente y 51 (80.95%) respondieron incorrectamente. (Kps 11).

Del 100 % de las respuestas, el 72.56 % fueron incorrectas, y el 27.43 % fueron correctas.

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio se evaluó el conocimiento acerca de la seguridad del paciente tienen los trabajadores de la salud que prestan la atención de salud en el servicio de la Consulta Externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

Se puede apreciar en el estudio que el conocimiento que tienen los trabajadores que prestan atención de salud, de la ocurrencia de eventos adversos en la atención de salud en la consulta externa en diciembre 2014, es que del 100 por ciento de trabajadores encuestados, 39.68 por ciento respondieron correctamente y los 60.32 por ciento respondieron incorrectamente. Demostrándonos que hay un porcentaje alto del personal de salud que no tiene el conocimiento necesario para la prevención de la ocurrencia de dichos incidentes.

Del total del personal que brinda atención de salud en la consulta externa, el 41.27 por ciento predominó el rango de edad de 30 a 39 años.

El sexo que predominó fue el femenino con 60.32 por ciento que nos indica que la mayor población laboral de nuestra institución corresponde a ese género.

En lo referente a la antigüedad que tienen los trabajadores de la salud, de trabajar en la consulta externa encontramos que el grupo de los 1 a 5 años fue el de mayor número con 47.62 por ciento, lo que contempla que la mayor parte de nuestro personal de la salud son recién ingresados a nuestra institución.

En el rango de 40 a 59 horas laborables se encontró un 85.71 por ciento lo que nos demuestra que la mayoría de nuestra población labora un promedio de 8 horas diarias, lo que no genera sobre carga de trabajo.

Con respecto al conocimiento que tienen los trabajadores del concepto de un error latente, en base al ejemplo descrito, en la pregunta 2 se encontró, del 100 por ciento del personal encuestados, 39.68 por ciento respondieron correctamente y el 60.32 por ciento respondieron incorrectamente, encontrando que el conocimiento acerca de dicho concepto es pobre entre el personal de salud.

En la pregunta 8 se proponen varios enunciados que constituyen el mejor ejemplo de un error latente, se encontró que de los encuestados el 55.56 por ciento respondieron correctamente y 44.44 por ciento respondieron incorrectamente, lo que parece indicar que un porcentaje mayor del personal maneja el conocimiento adecuado acerca de este concepto.

Midiendo el conocimiento sobre el concepto de error latente que se evalúa en la pregunta 12, se observó que 19.05 por ciento del personal encuestado respondió correctamente y el 80.95 por ciento lo hizo incorrectamente. Analizando dicho resultado se evidencia que la brecha en el desconocimiento de dicho concepto se aumenta considerablemente lo que limita diseñar e implementar medidas adecuadas de prevención para disminuir las ocurrencias de dichos eventos.

En la pregunta 3 se evalúa la probabilidad de ocurrencia de un error de medicación cada vez que la medicación es ordenada, en cuyo caso se observa que el 12.70 por ciento del personal responde correctamente ante un 87.3 por ciento que respondió incorrectamente. Ante lo anterior, se puede concluir que es evidente que el conocimiento del concepto de lo que es un error de medicación es pobre, por lo tanto las probabilidades de que se produzcan estos errores de medicación se aumentan.

Al evaluar la pregunta 5, se propone un ejemplo donde se produce un incidente el cual se describe que es consecuencia de una falla activa, se evidencio que el 26.98 por ciento respondieron correctamente y el 73.02 por ciento respondieron incorrectamente, se continua observando que el conocimiento de estos conceptos

es deficiente, por ende no ayuda a la prevención de las ocurrencias de dichos daños.

En la pregunta 7 son propuestos varios ejemplos para evaluar el conocimiento acerca del concepto de una falla activa, encontrando del 100 por ciento encuestados, el 41.27 por ciento respondieron correctamente y el 58.73 por ciento respondieron incorrectamente se mantiene que el conocimiento de dicho concepto es deficiente.

La pregunta 9, evalúa el conocimiento relacionado con los principios del factor humano, a través de varios ejemplos, obteniendo que el 26.98 por ciento respondieron correctamente y 73.02 por ciento lo hicieron incorrectamente. evidenciando que entre los trabajadores encuestados no se tiene con certeza bien definido dichos principios.

Siguiendo con la evaluación del conocimiento de los principios del factor humano, en la pregunta 10 se señalan varios ejemplos, donde el personal encuestado, el 42.86 por ciento respondió correctamente y 57.14 por ciento respondieron incorrectamente. Al analizar dicho resultado demuestra que el conocimiento acerca de estos principios es deficiente.

El error más frecuente en la vida diaria, se evalúa en la pregunta 13 y se obtuvieron resultado entre el personal encuestado, de los cuales el 20.63 por ciento respondieron correctamente y 79.37 por ciento respondieron incorrectamente. Dicha evaluación y análisis sugiere que hay una percepción deficiente del error más frecuente que ocurre en el día a día.

La causa proximal es un factor que incide en la ocurrencia de los errores, en la pregunta 14 se evalúa el conocimiento, obteniendo 34.92 por ciento respondieron correctamente y 65.08 por ciento respondieron incorrectamente. Estos datos reflejan el deficiente conocimiento que tiene el personal de salud.

El concepto de evento medicamentoso adverso no prevenible, se mide el conocimiento en la pregunta 4, teniendo como resultados que del 100 por ciento del personal encuestado, 4.76 por ciento respondió correctamente y 95.24 por ciento respondió incorrectamente. Poniendo en evidencia clara que el conocimiento de dicho concepto es preocupantemente deficiente.

El incumplimiento de las normas conlleva a tipos de malas conductas sancionables según el teórico del error James Reason, a través de la pregunta 6 se evalúa el conocimiento de estas malas conductas, obteniéndose que en los médicos encuestados, el 100 por ciento respondió incorrectamente dicha pregunta, evidenciando que no tienen absolutamente claro lo importante que es cumplir debidamente con las normas y procedimientos en la atención de salud de los pacientes.

Se evalúa el conocimiento de que la mayoría de los errores prevenibles se pueden evitar si se tienen claros los diferentes conceptos reflejados en la pregunta 11, obteniéndose 19.05 por ciento respondieron correctamente y 80.95 por ciento respondieron incorrectamente. Este resultado pone en evidencia que el conocimiento de dicho concepto es sumamente deficiente.

Del 100 por ciento de las respuestas, el 72.56 por ciento fueron incorrectas, y el 27.43 por ciento fueron correctas, lo que nos evidencia que hay una deficiencia sobre el conocimiento de la Seguridad del paciente.

Al hacer un análisis final se puede concluir que el conocimiento general relacionado a los diversos conceptos de la seguridad del paciente que poseen los trabajadores que brindan la atención de salud en el servicio de la consulta externa del hospital militar es deficiente lo que suscita la consecuente preocupación, (el cual se comprende porque no han tenido la oportunidad de la formación y promoción de dicho tema) y a la vez debe de servir como elemento motivador para promover acciones encaminadas a ir mejorando poco a poco esta debilidad hasta transformarla en fortaleza.

X. CONCLUSIONES

1. El conocimiento de la ocurrencia de eventos adversos que tienen los trabajadores en la atención de salud en la consulta externa en Diciembre 2014 es deficiente.
2. Del total del personal que brinda atención de salud en la consulta externa, predomino el rango de edad de 30 a 39 años.
3. El sexo predominante fue femenino.
4. En lo referente a la antigüedad que tienen los trabajadores de la salud, de trabajar en la consulta externa encontramos que el grupo de los 1 a 5 años fue el de mayor número.
5. Se encontró que en su mayoría los trabajadores laboran en el rango de 40 a 59 horas.
6. Con respecto al conocimiento que tiene el personal de salud que brinda atención de salud en la consulta externa del concepto de un error latente, es deficiente.
7. El conocimiento sobre el concepto de lo que es un error de medicación es deficiente, por lo tanto las probabilidades de que se produzcan estos errores de medicación se aumentan.
8. El conocimiento del concepto de la Falla activa es deficiente, por lo tanto no ayuda a la prevención de las ocurrencias de dichos daños.
9. El conocimiento relacionado con los principios del factor humano entre los trabajadores de la consulta externa es deficiente.

- 10.El error más frecuente en la vida diaria es del cálculo aritmético, los trabajadores evaluados reflejaron que tienen una percepción deficiente del error más frecuente que ocurre en el día a día.
- 11.La causa proximal es un factor que incide en la ocurrencia de los errores, hay deficiencia en el conocimiento que tienen los trabajadores encuestados.
- 12.Los trabajadores encuestados que brindan atención de salud en la consulta externa tienen un conocimiento deficiente relacionado al concepto del evento medicamentoso adverso no prevenible.
- 13.Nadie entre el personal de salud encuestados que brindan atención de salud en la consulta externa tiene el conocimiento de las acciones de malas conductas que deben ser sancionadas en la atención de salud de los pacientes.
- 14.Los errores prevenibles se pueden evitar si se tienen claros los diferentes conceptos, el conocimiento de dichos conceptos es sumamente deficiente.
- 15.El porcentaje de las respuestas incorrectas fue mayor, en comparación con las respuestas correctas.
- 16.Observamos que el conocimiento general relacionado a los diversos conceptos de la seguridad del paciente que poseen los miembros del personal que brindan la atención de salud en el servicio de la consulta externa del hospital militar es deficiente en términos generales.

XI. RECOMENDACIONES

1. Promover y desarrollar el conocimiento de la seguridad del paciente entre los trabajadores que brindan atención sanitaria en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” a través de la capacitación y la supervisión necesarias para su incorporación en los Programas de Seguridad del Paciente.
2. Capacitación a cargo de la Sub-Dirección Docente del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” centrada en la seguridad del paciente por Servicio, aprovechando el funcionamiento en el Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”. Estableciendo relaciones de apoyo con organismos nacionales Centro de Investigaciones de la Salud (CIES), Ministerio de Salud, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, Asociaciones Medicas Nacionales e internacionales y organismos de Salud como Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.
3. Realizar un estudio de seguimiento sobre la percepción de la seguridad de pacientes en el personal que brindan atención sanitaria en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”. Todos los mandos y cuadros de gestión deben participar activamente en esta iniciativa para asegurar su efectividad.
4. Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que ocurran en la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.
5. Implementar el liderazgo activo en seguridad del paciente en los trabajadores que brindan atención en la consulta externa.

6. Incluir en el pensum académico de la facultad de medicina del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”, tanto en el pregrado como el post grado la Guía curricular sobre seguridad del paciente impulsada por la Organización Mundial de la Salud.
7. Realizar actos de promoción para la participación de los pacientes en las estrategias relacionadas a la seguridad del paciente.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente. Soluciones para la seguridad del paciente. Joint Commision Resources 2007. Solución 1-9. <http://www.ccforspatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSapnish.pdf>. Consultado en diciembre de 2014.
2. Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Joint Commision Resources 2007. <http://www.ccforspatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSapnish.pdf>. Consultado en diciembre de 2014.
3. Donaldson SL. La seguridad del paciente: “no hacer daño”. Perspectivas de salud, la revista de la Organización Panamericana de la Salud 2005; 10 (1). <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/numero21-last.htm>. Consultado en diciembre de 2014.
4. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamerica. <http://es.scribd.com/doc/35081327/Efectos-adversos-en-hospitales-de-latinoamerica>. Consultado en enero 2015.
5. García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Consejo de enfermería de la comunidad valenciana 2007. http://www.portalcenova.es/es/grupos/biológicos/pacientes/alianza_mundial-seguridad_paciente.pdf. Consultado en diciembre de 2014.
6. Improving Patient and Worker Safety. <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJCImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>. Consultado en enero 2015.

7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations “Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, Volumen 1, solución 2, Mayo 2007. <http://www.icipatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution2.pdf>. consultado en octubre de 2010.
8. Kohn, Linda T. et al. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Editado por National Academies Press, 2000.
9. Oficina de información pública. OMS. Responsables de la salud de todo el mundo se unen a la Organización Mundial de la Salud en el anuncio de un redoblado esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente. OPS Bolivia 2004. <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=&511=569&SE=SN>. Consultado en enero de 2015.
10. Organización mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente Punto 13.9 del orden del día provisional. WHA 55.18. Mayo de 2002. <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>. Consultado en enero de 2015.
11. Organización mundial de la Salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Aplicación de las resoluciones (informe sobre los progresos realizados) Punto 12.15 del orden del día provisional. A 57/18. Abril de 2004; 7-9. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57_18-sp.pdf. Consultado en diciembre de 2014.

12. Organización mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Seguridad del paciente Punto 11.16 del orden del día provisional. A 59/22. Mayo de 2006. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59_22-sp.pdf. Consultado en diciembre de 2014.

13. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Francia: OMS; 2002.

14. Organización Mundial de la Salud. Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente 2007 Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_o_verview_es.pdf Consultado en diciembre de 2014.

15. Organización mundial de la Salud. La OMS lanza “Nuevas soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. OMS centro de prensa 2007. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>. Consultado en diciembre 2014.

16. Patient Safety Curriculum Guide
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf Multi-professional Edition. Consultado en diciembre 2014.

17. Por qué centrar la atención médica en la seguridad del paciente? <http://primumnonpecuniam.wordpress.com/2013/07/17/por-que-centrar-la-tencion-medica-en-la-seguridad-del-paciente/>. Consultado en diciembre 2014.

18. Restrepo FR. ¿Qué es un evento adverso? Calidoscopio. Boletín electrónico. Ministerio de la Protección Social 2007; 2: 9-10. En URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewsNo16447DocumentNo4178.PDF>. Consultado en diciembre de 2014.
19. Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del Paciente Hospitalizado. México: Editorial Médica Panamericana; 2007.
20. Seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial. <http://seguridadpaciente.rima.org/SeguridadDelPaciente.aspx#top>. Consultado en diciembre 2014.
21. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.htm. Consultado en enero 2015.
22. WHO. World Alliance for Patient Safety. Progress report 2006-2007. En http://who.int/patientsafety/information_centre/documents/progress_report_2006-2007.pdf. Consultado en enero de 2015.
23. WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Primera edición. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports7Alliance_forward_Programme_2008.pdf. Consultado en enero de 2015.
24. Una reconsideración de las responsabilidades profesionales e institucionales ante la garantía de Calidad Asistencial (02) Avedis Donabedian. <http://www.fadq.org/Portals/o/Investigacion/Monografico%20Avedis%202parte.pdf>. Consultado enero 2015.

ANEXOS

Operacionalización de Variable				
Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores	Escala de Medición
Identificar el conocimiento sobre ocurrencia de eventos en la atención de salud.				
Conocimiento de reportes de eventos adversos	son los daños, o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad en sí	% de conocimiento que tienen los entrevistados	< 1 al 5%	Nominal
			6 al 10%	
Describir las características sociodemográficas del personal encuestado.				
Edad	Años Cumplidos	% de entrevistados según edad	20 a 30 años	Continua
			31 a 40 años	
			41 a 50 años	
Sexo	Condición biológica con que se nace	% de entrevistados según el sexo	Masculino	Nominal
			Femenino	
Antigüedad	Años que tiene el trabajador de laborar en esa empresa	% de entrevistados según años de laborar en la empresa	1 - 5 años	Nominal
			6 - 10 años	
			11 - 15 años	
			> de 20 años	
Horas Laborables	Tiempo que pasa laborando el personal	% de entrevistados según horario laborable	24 Hrs a la	Nominal
			48 Hrs a la semana	
Valorar el conocimiento sobre conceptos de seguridad del paciente en el proceso de atención médica				
Error latente	aquel que representa las fallas en el diseño, organización, entrenamiento o mantenimiento de los sistemas, que lleva a errores operativos que cuyos efectos típicamente se mantienen inactivos en el sistema por periodos de tiempo prolongados	% de repuestas correctas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Error de medicación	cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente	% de repuestas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Fallas activas	son los error resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso de atención en salud	% de repuestas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Factor Humano	todo lo relacionado al desempeño del personal de salud y sus resultados ya sean estos beneficiosos o en perjuicio al paciente	% de repuestas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Error	Acción desacertada o equivocada. Falla de una acción planeada para ser completada según lo esperado (error de ejecución) o por uso de un plan equivocado (error de planeación).	% de repuestas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Causa Proximal de Error	Es el motivo aparente o inmediato que explica el evento y que involucra aquellos factores mas cercanos a su origen (errores, omisiones, competencias inadecuadas, deficientes habilidades del equipo de salud)	% de repuestas correctas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Eventos médico adverso no prevenible	Incidente que produce daño leve o moderado al paciente como algo inevitable en las circunstancias particulares del caso	% de repuestas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Evento adverso por incumplimiento de normas	Incidente que produce daño leve o moderado al paciente por el incumplimiento de normas.	% de repuestas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	
Procesos	Un proceso es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico.	% de repuestas de los entrevistados	Correcta	Nominal
			Incorrecta	

Grafico # 01

Conocimiento de la frecuencia de eventos adverso serios en EEUU

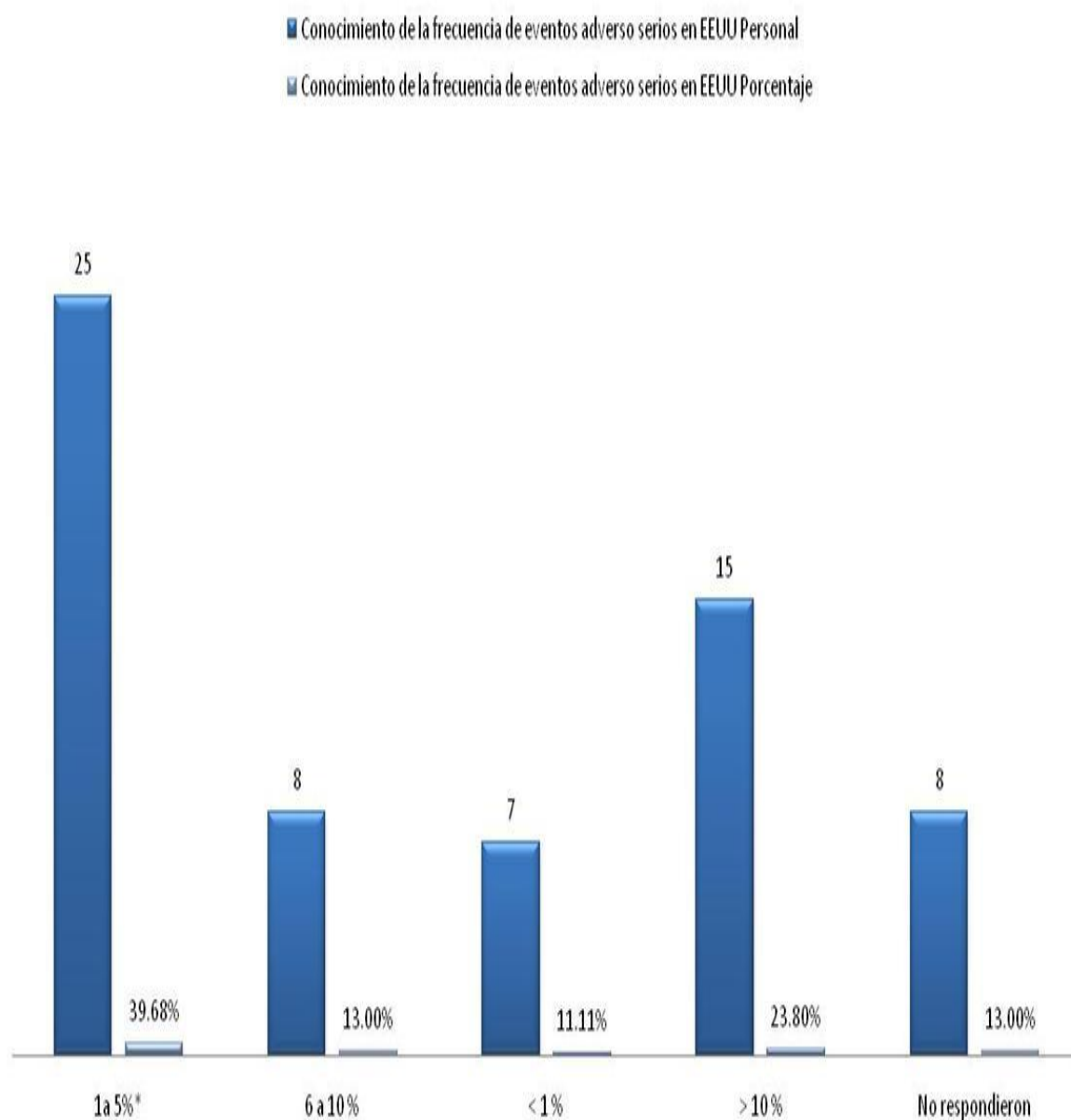


Grafico # 02

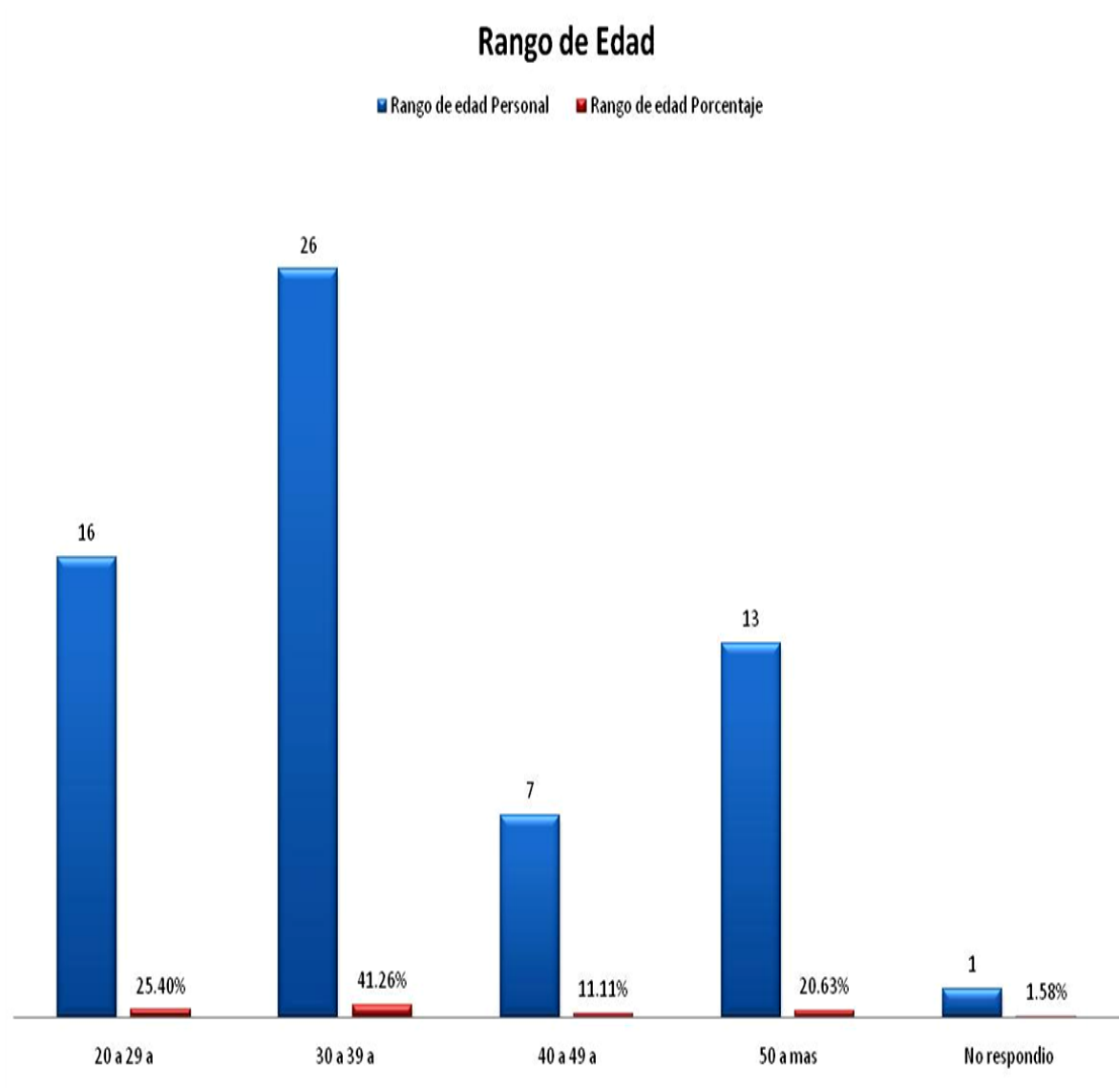


Grafico # 03

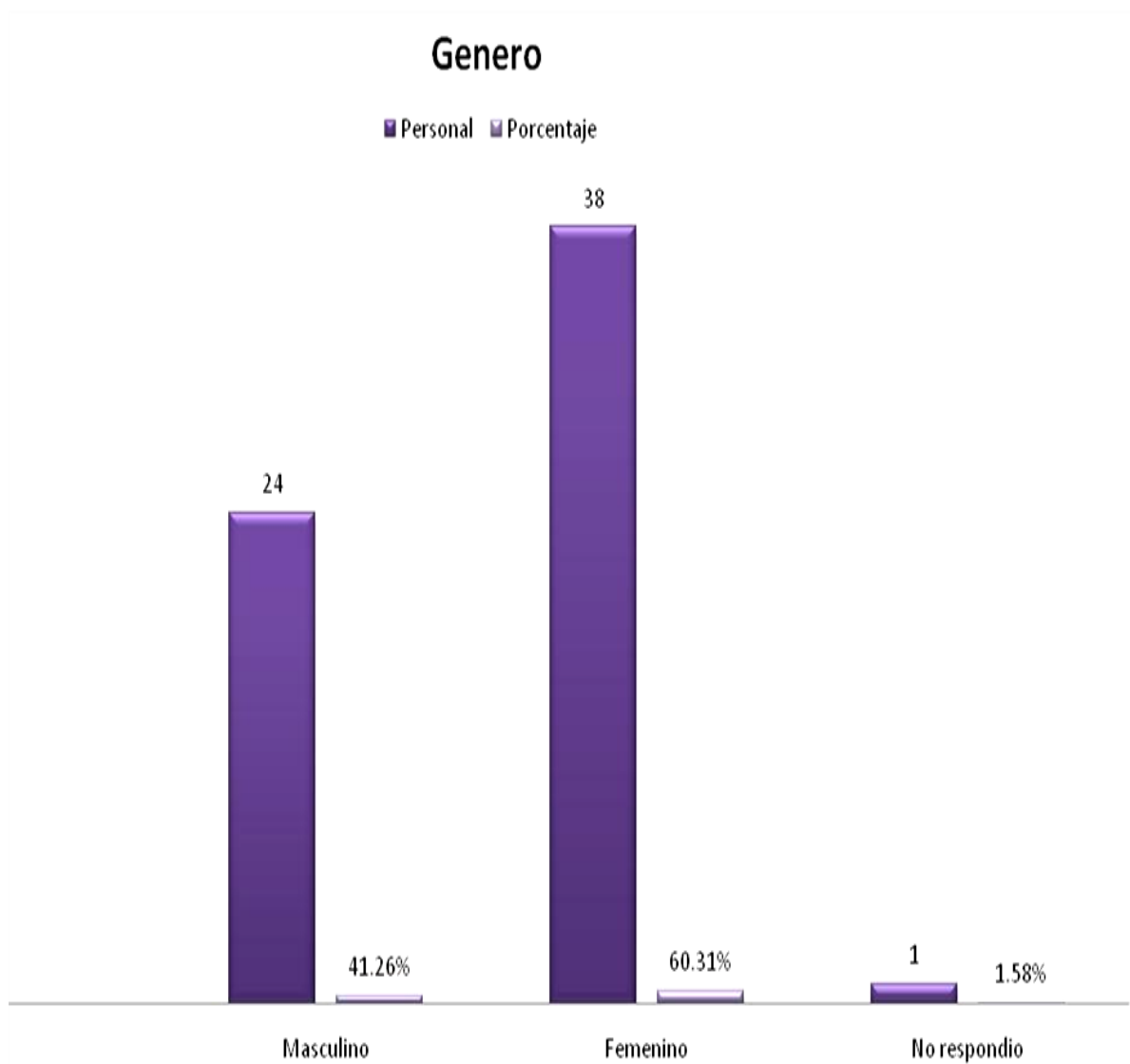


Grafico # 04

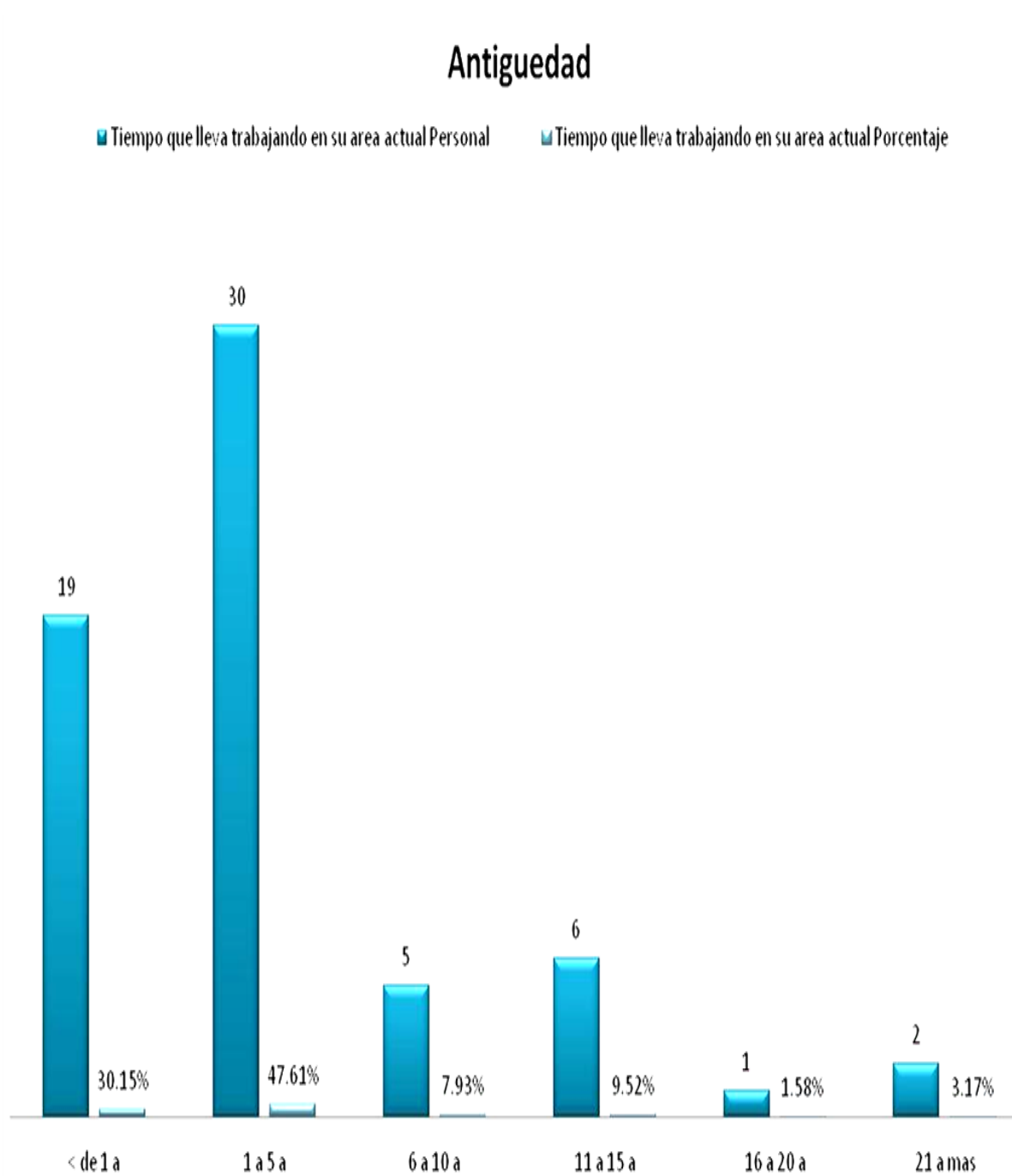


Grafico # 05

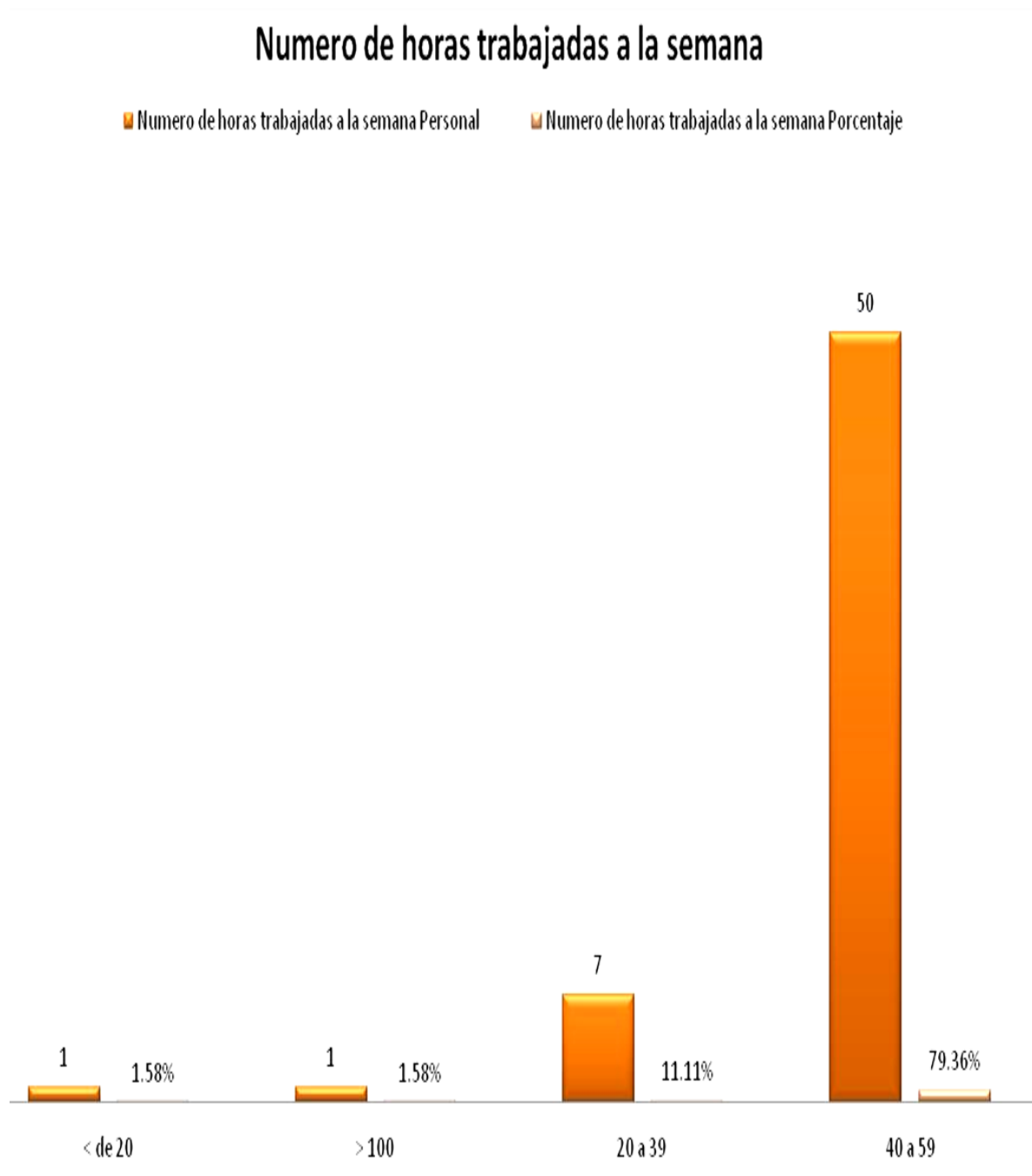


Grafico # 06

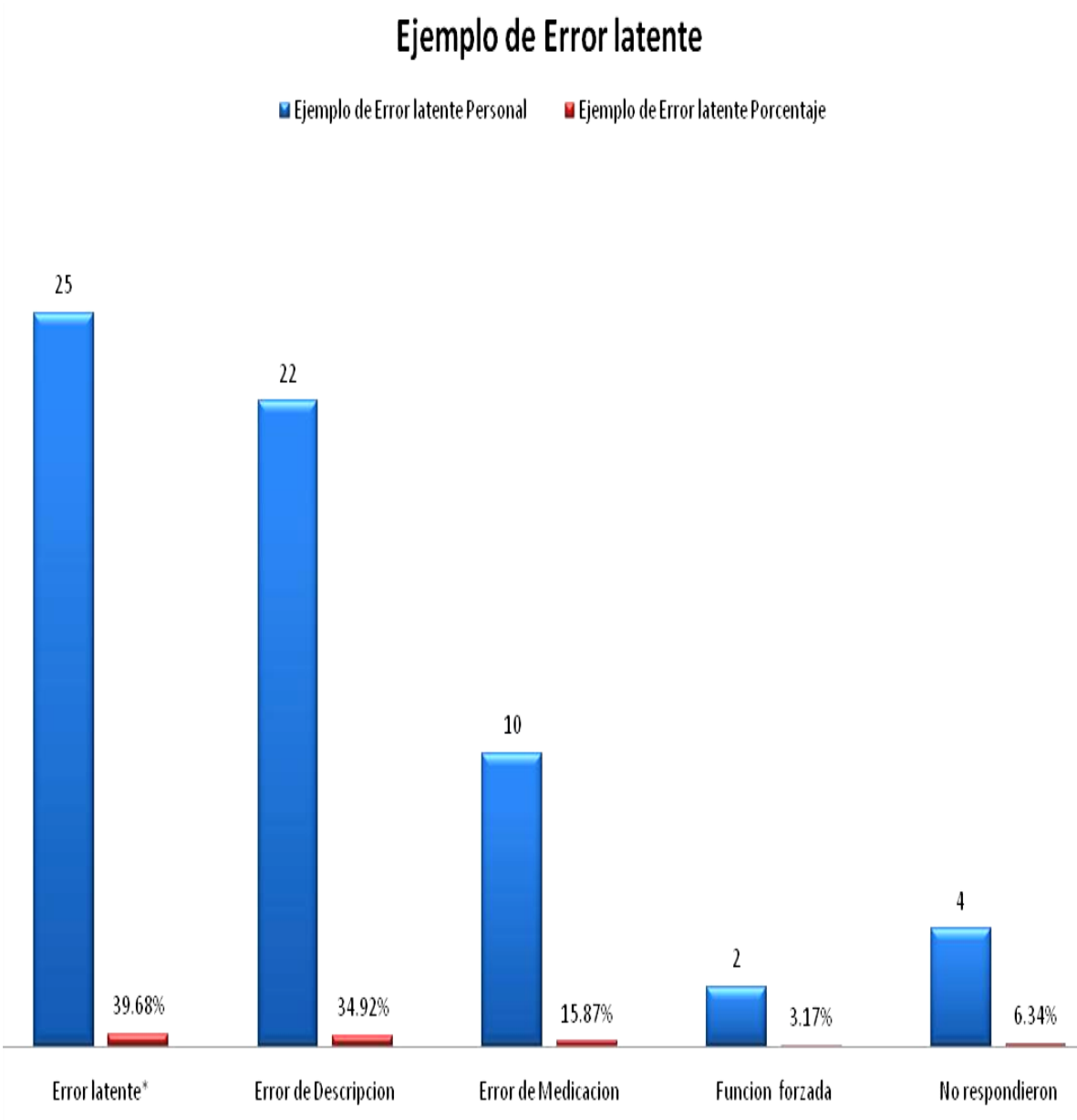


Grafico # 07

Ejemplo de Error latente

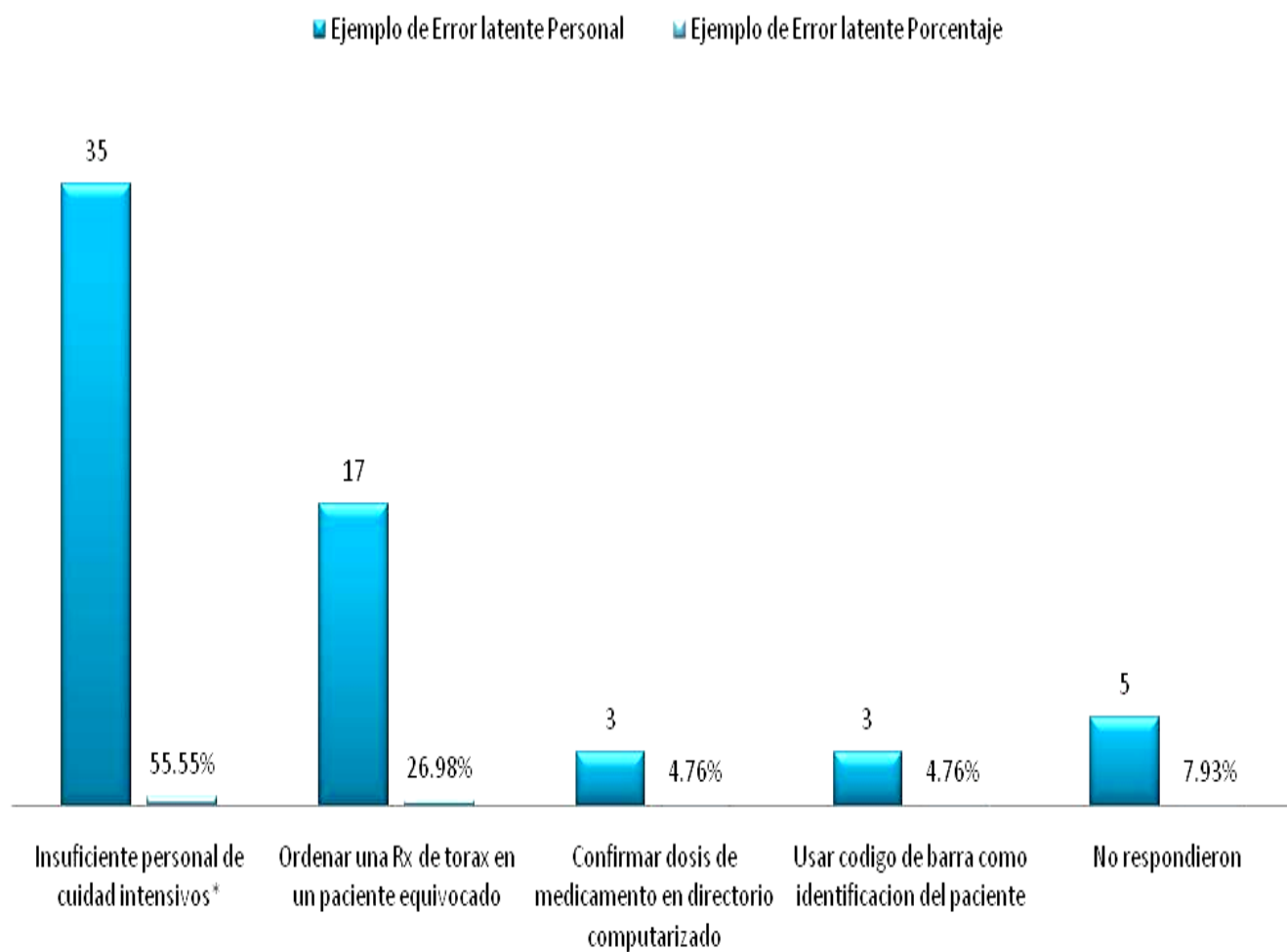


Grafico # 08

Mejor ejemplo de un Error latente

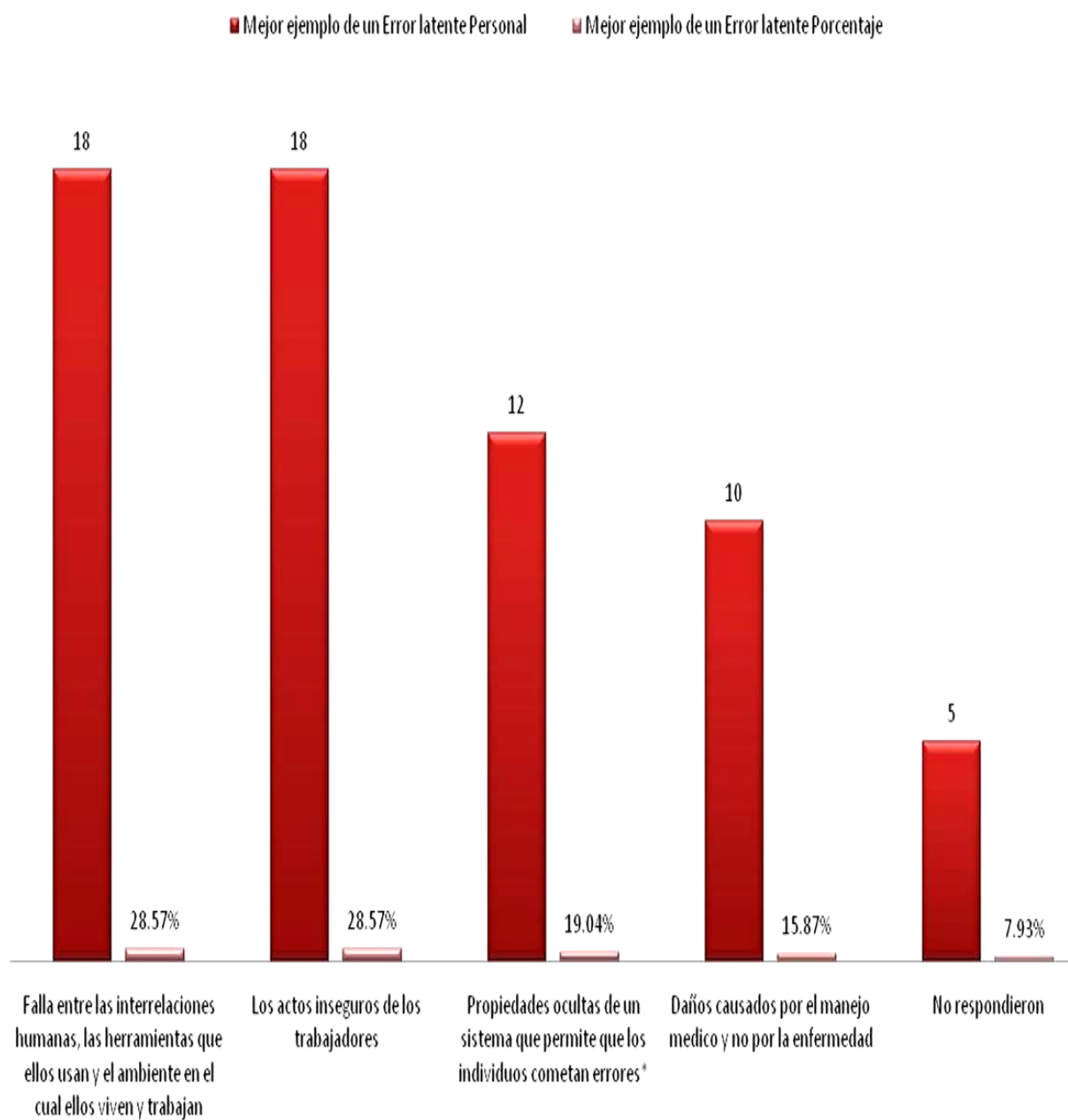


Grafico # 09

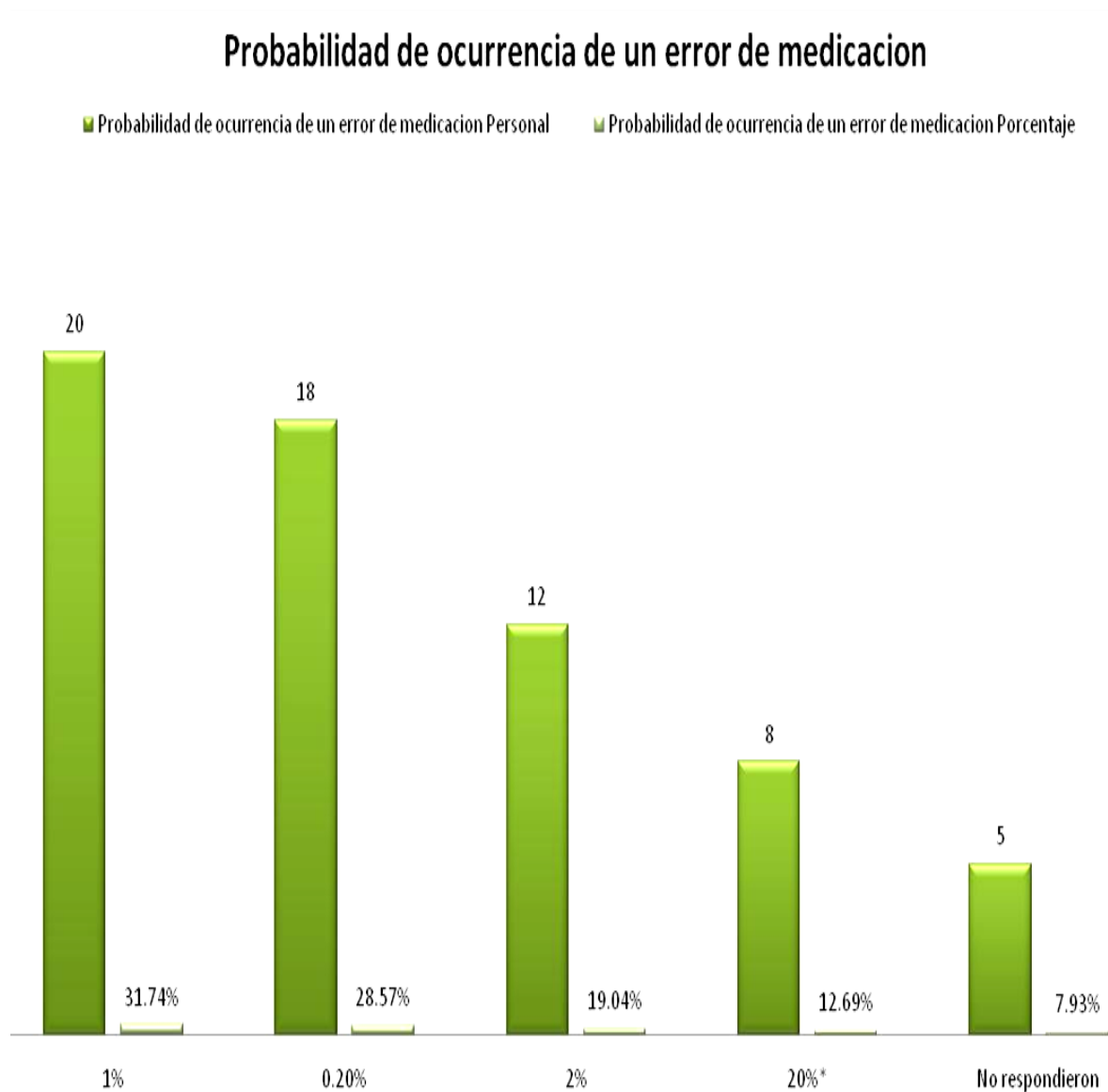


Grafico # 10

Ejemplo de concepto de Falla activa

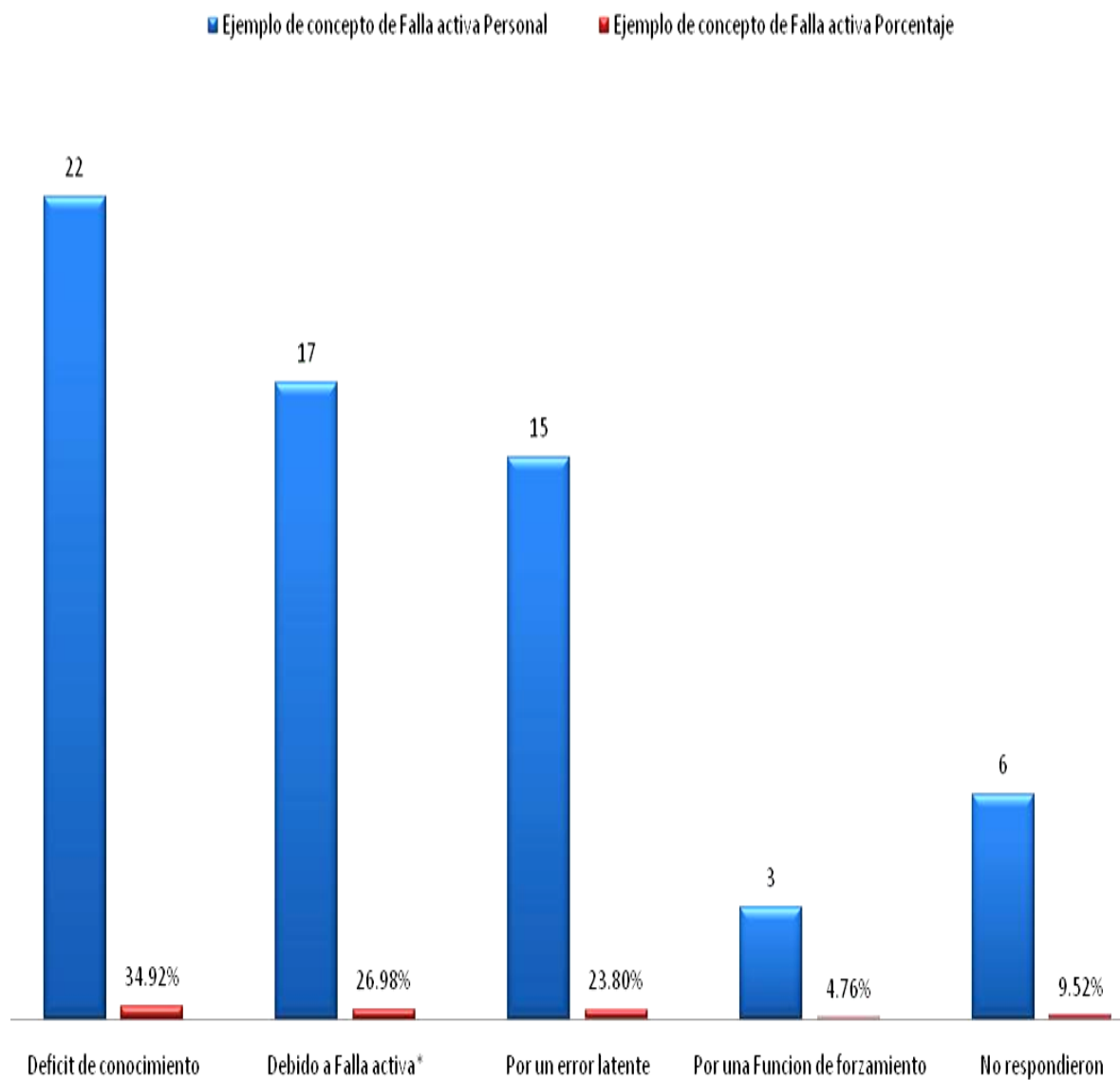


Grafico # 11

Ejemplo del Concepto de Falla activa

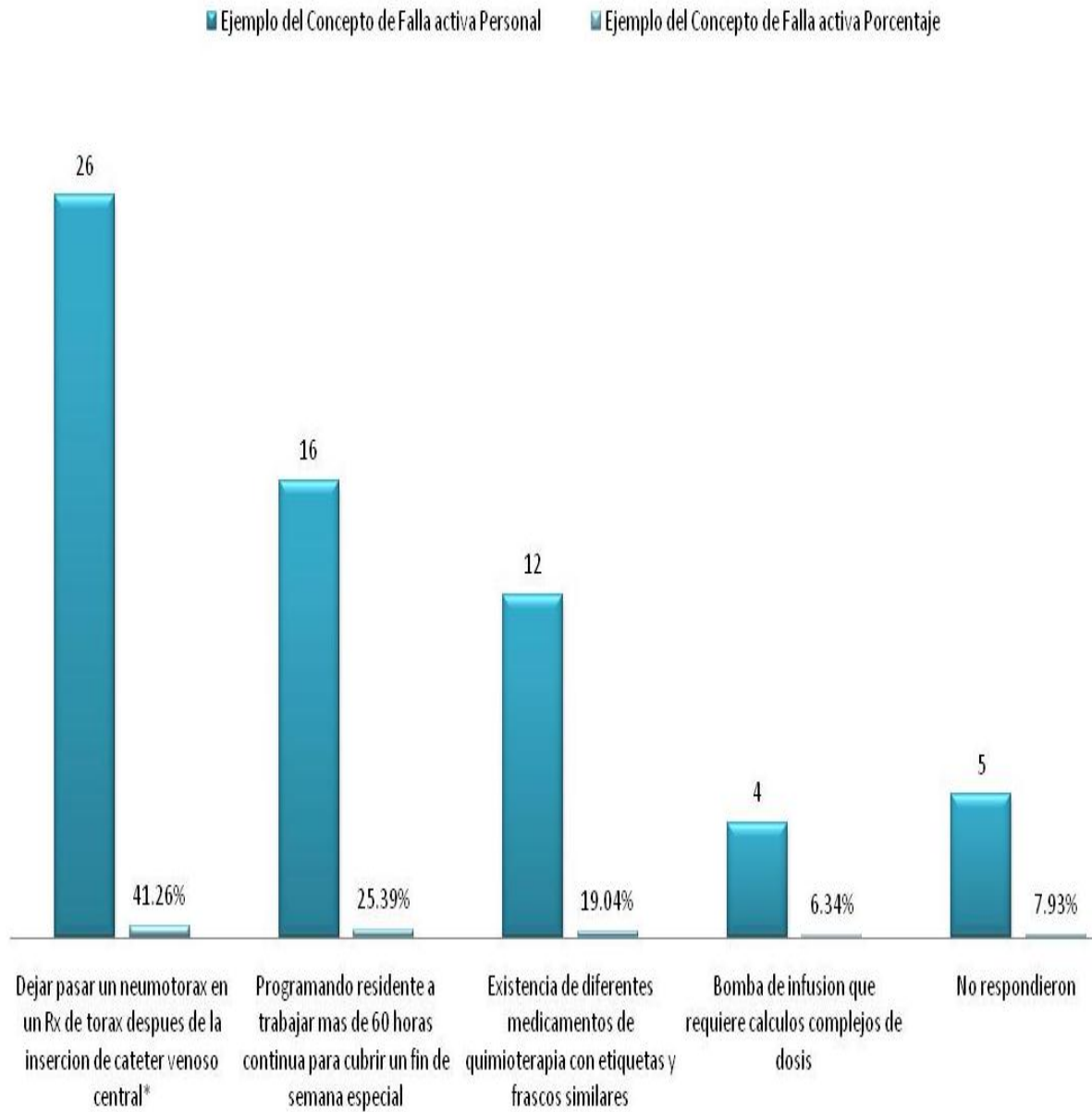


Grafico # 12

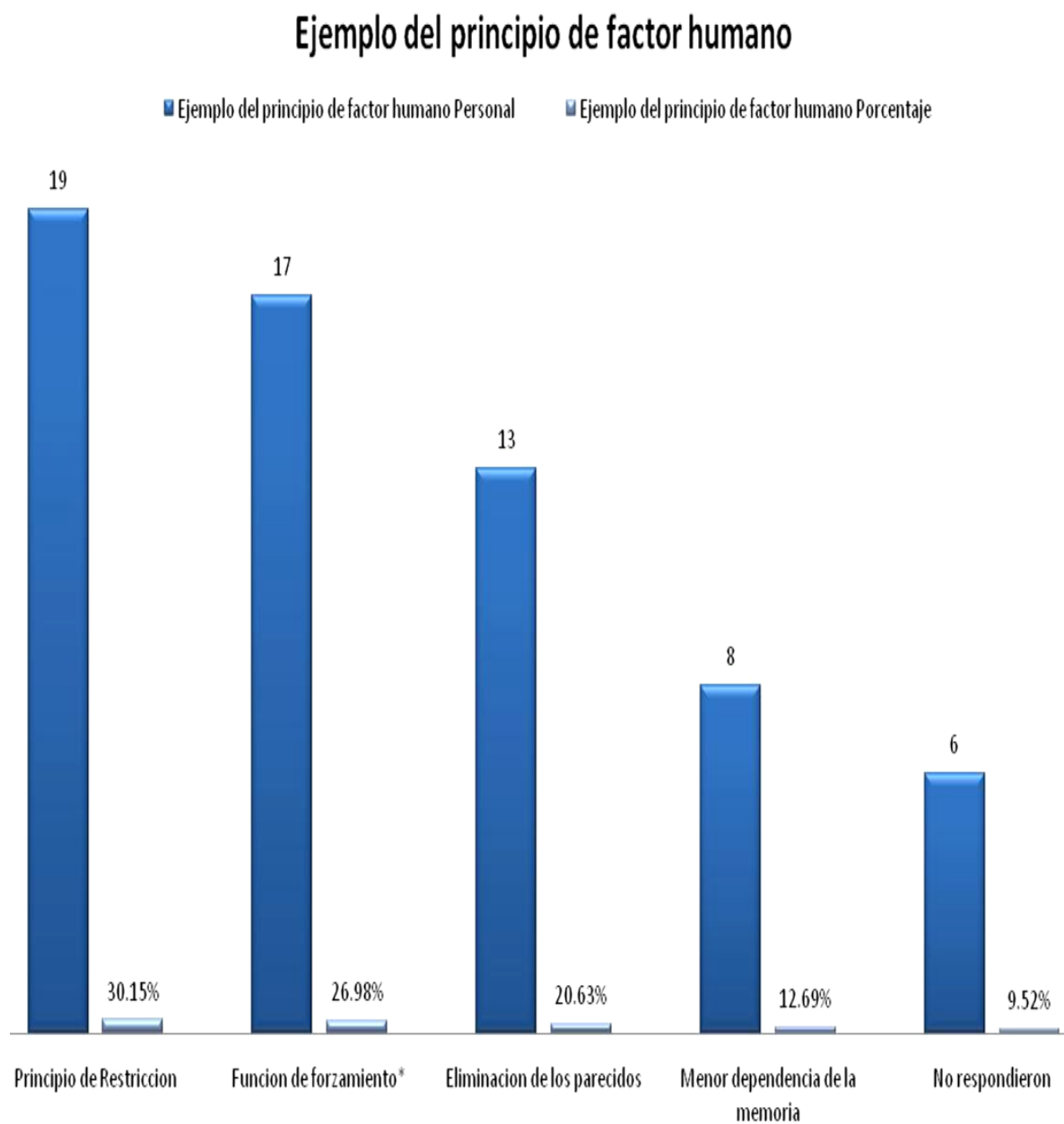


Grafico # 13

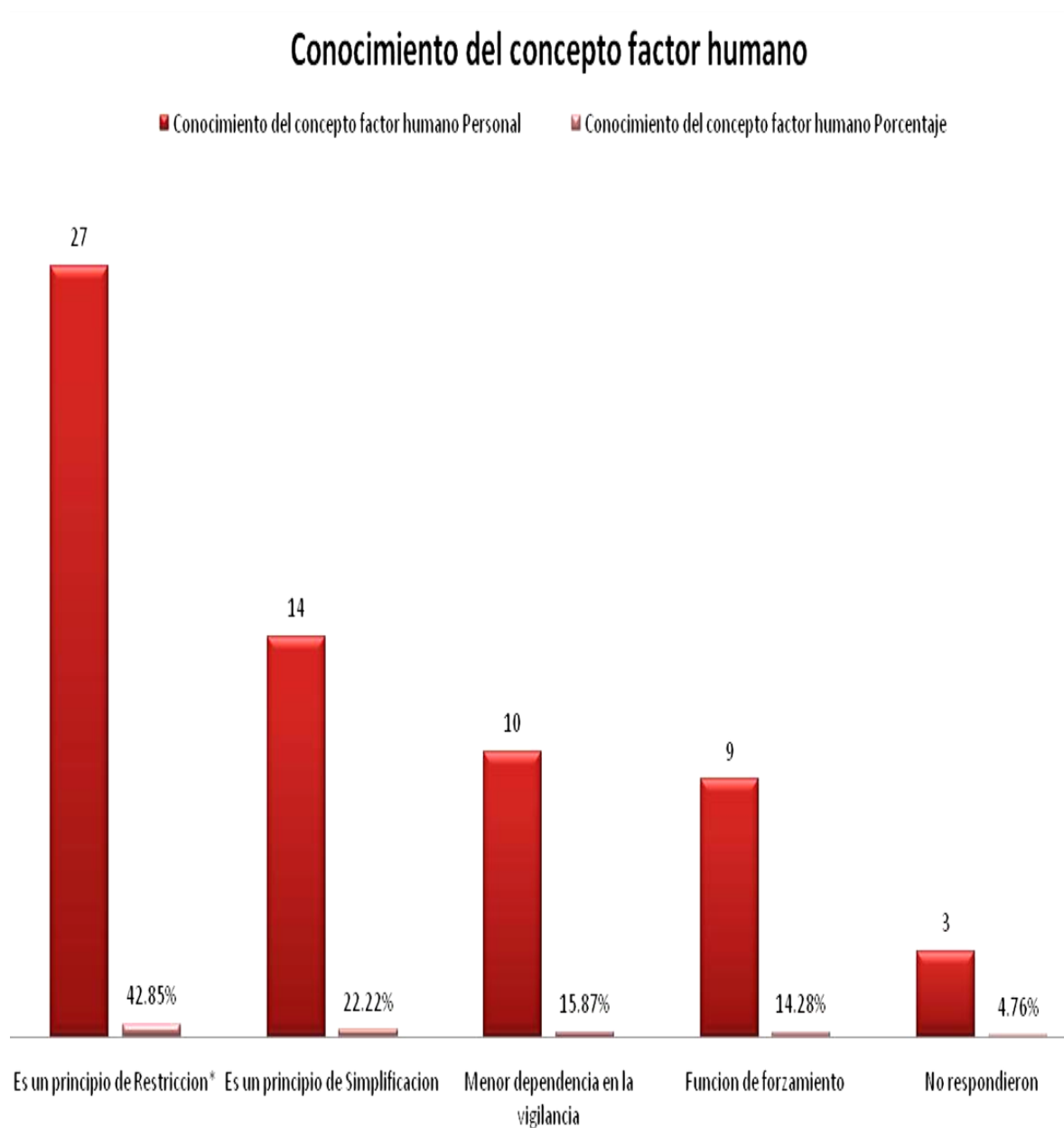


Grafico # 14

Causas de las mayorias de errores prevenibles

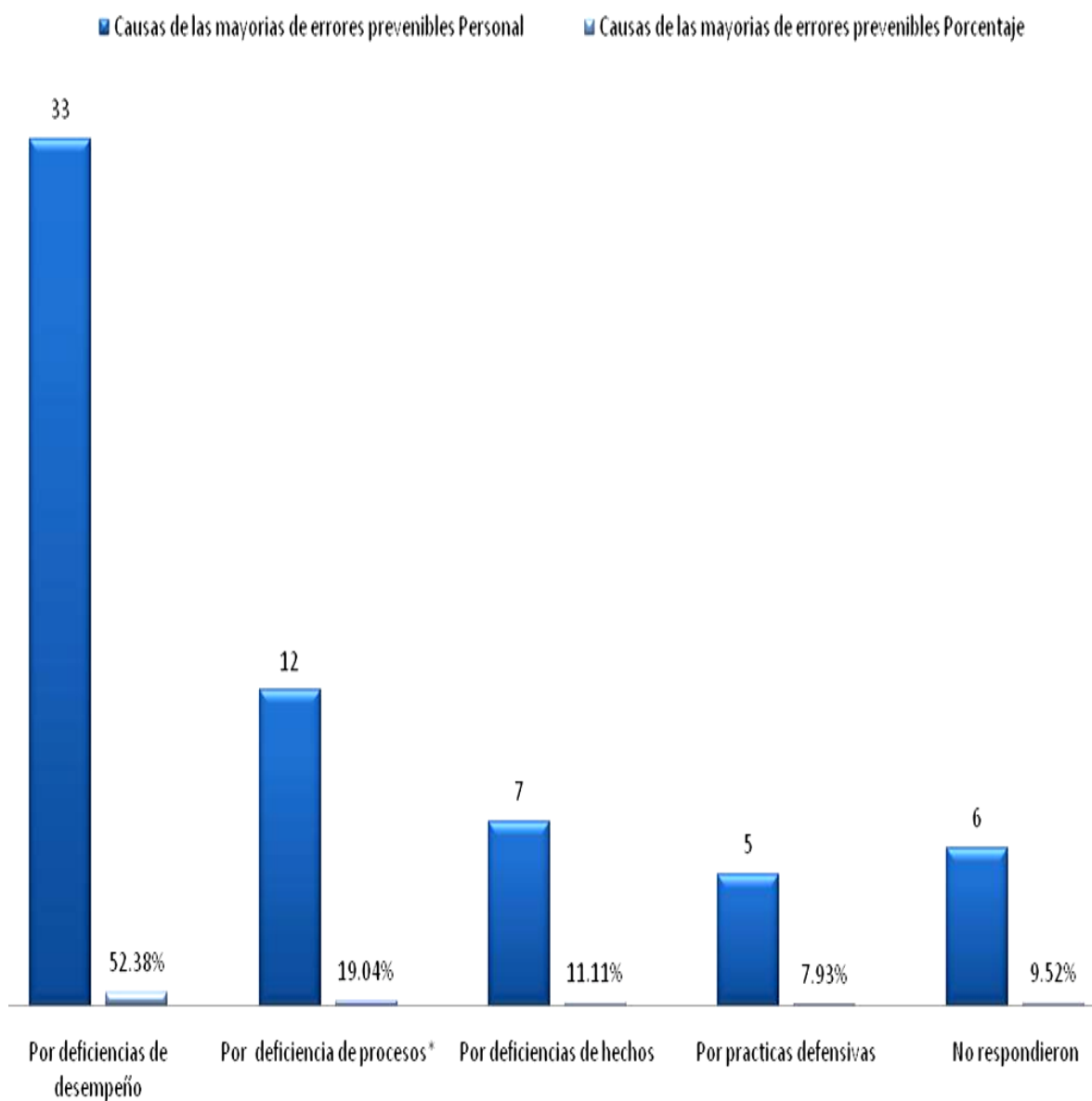


Grafico # 15

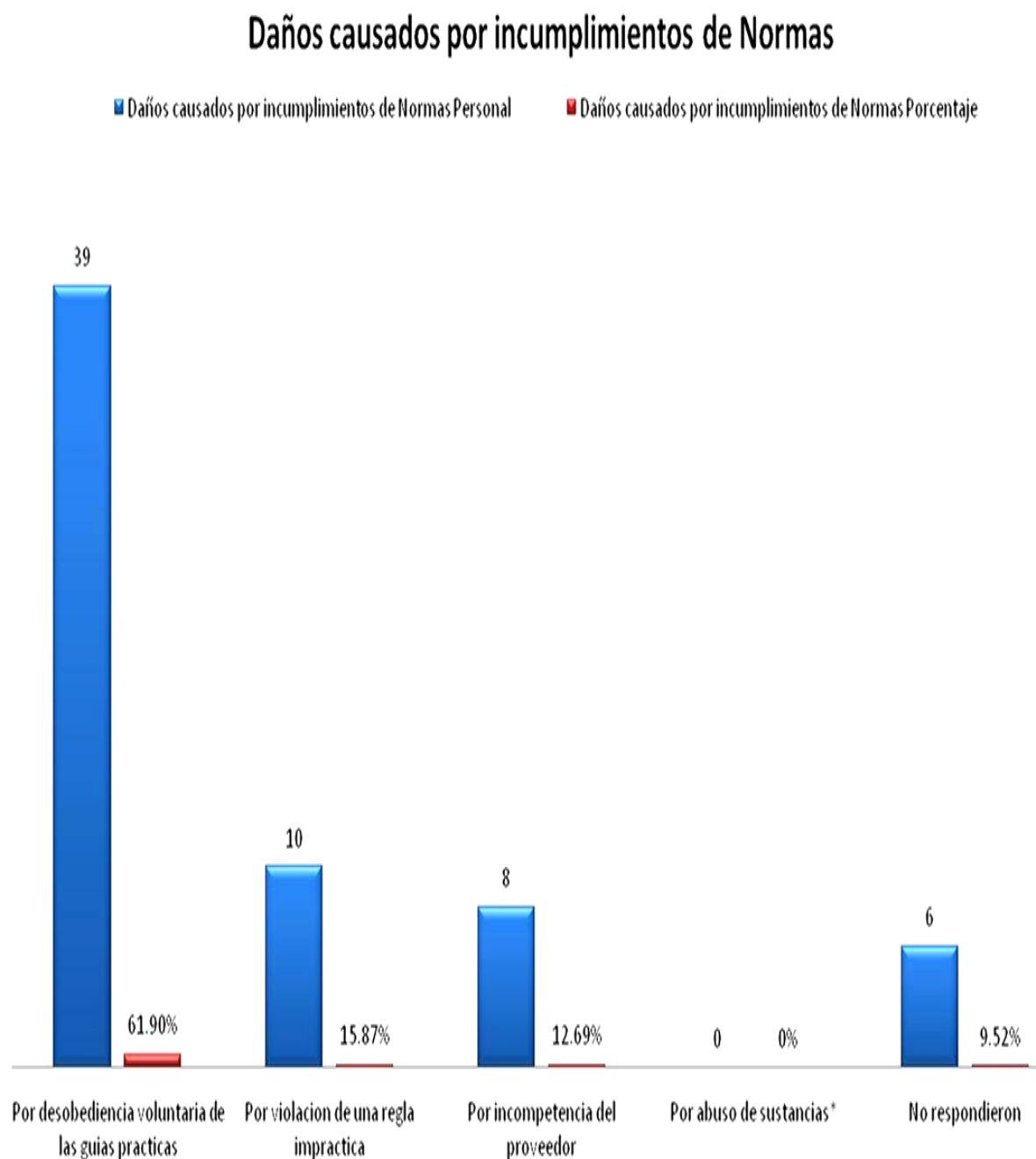


Grafico # 16

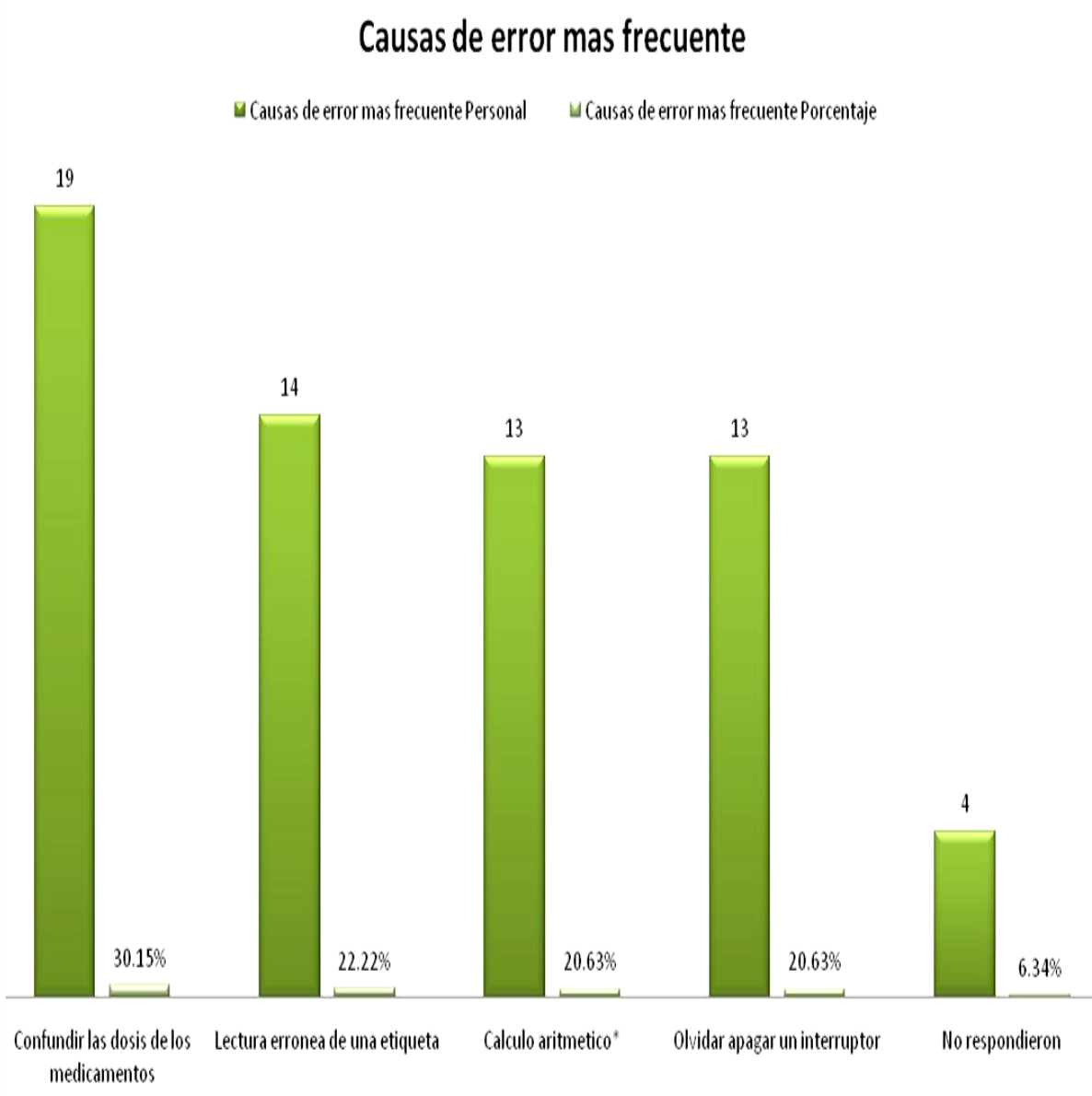


Grafico # 17

Conocimiento del concepto Evento medicamentoso no prevenible

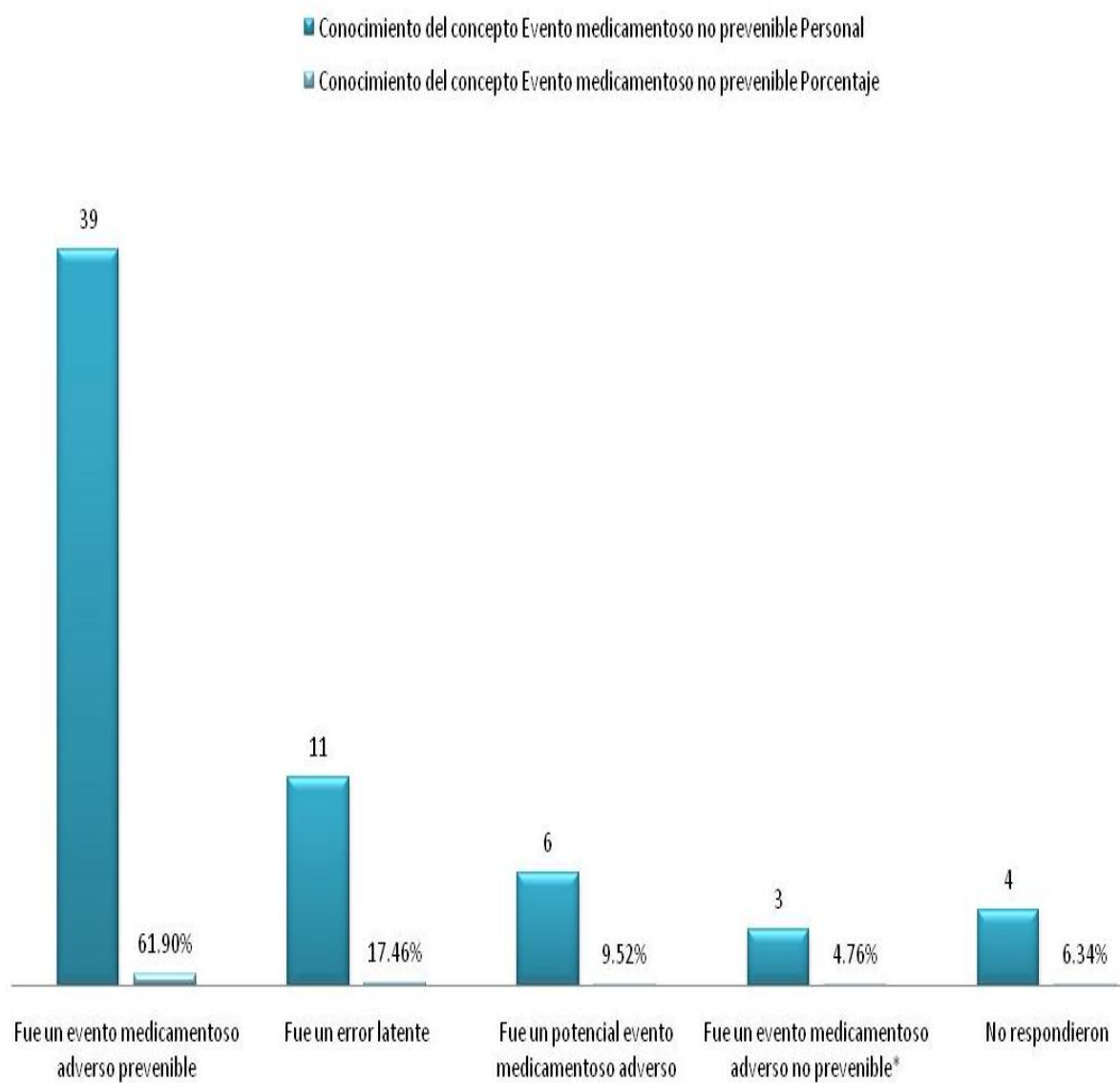


Grafico # 18

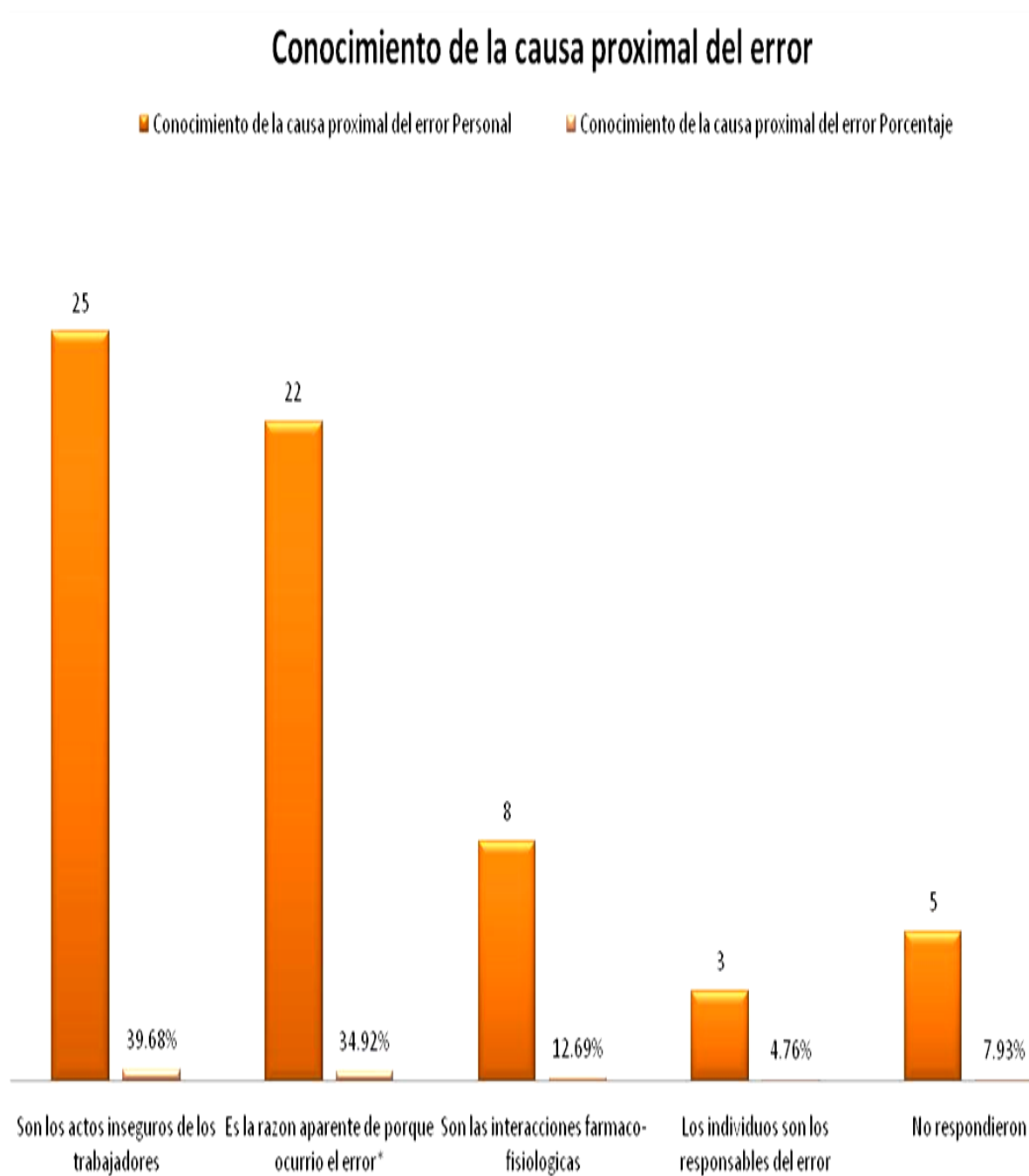
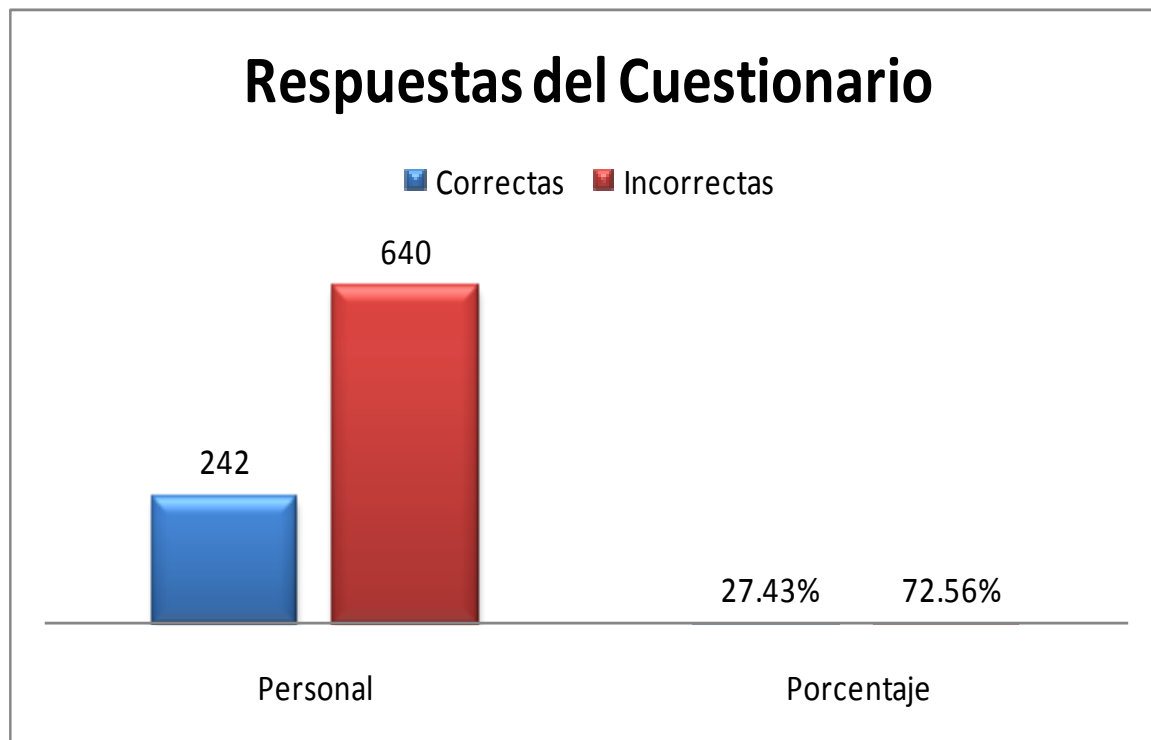


Grafico # 19



Parte II:: Conocimiento sobre seguridad del paciente

Seleccione sólo **una respuesta** por cada pregunta

Por favor marque con una **X** la letra que corresponda a la respuesta correcta

1. ¿Cuál es la frecuencia de reporte de eventos adversos serios (daños que resultan de la atención en salud) entre pacientes hospitalizados en los Estados Unidos?

- (A) <1 por ciento.
- (B) 1–5 por ciento.
- (C) 6–10 por ciento.
- (D) >10 por ciento.

kps1

2. Dos agentes paralíticos, uno con una vida media prolongada y otro con una vida media corta, son empacados en frascos de vidrio similares con tapas amarillas. Este es un ejemplo de

- (A) una función forzada.
- (B) un error latente.
- (C) un error de medicación.
- (D) un error de descripción.

kps2

3. Si el proceso de ordenar y administrar un medicamento tiene 20 pasos, cada uno con 99% de precisión, cuál es la probabilidad de ocurrencia de un error de medicación cada vez que la medicación es ordenado y administrado?

- (A) 0.2 por ciento.
- (B) 1 por ciento.
- (C) 2 por ciento.
- (D) 20 por ciento.

Kps3

4. Un estudiante de 21 años con una alergia documentada se le da doxiciclina por otro episodio de clamidia. El desarrolla un rash por la medicación. Este incidente es mejor descrito como

- (A) un potencial evento medicamentoso adverso.
- (B) un evento medicamentoso adverso prevenible.
- (C) un evento medicamentoso adverso no prevenible.
- (D) un error latente.

Kps4

5. Un residente apurado conecta el tubo de oxígeno a la línea intravenosa (IV) de un paciente pediátrico quien muere posteriormente de un embolo de gas masivo. Esta tragedia es mejor descrita como

- (A) un error latente.
- (B) una falla activa.
- (C) una función de forzamiento.
- (D) un déficit de conocimiento.

Kps5

6. En general, culpar al individuo quien comete un error no ayuda a reparar el problema o prevenirlo en el futuro. Aunque, bajo el marco conceptual propuesto por el teórico del error James Reason, dos tipos de malas conductas deben ser sancionadas. Una es el daño intencional al paciente (o alguien más), y el otro es...

- (A) daño por desobediencia voluntaria de las guías prácticas.
- (B) daño por incompetencia del proveedor.
- (C) daño causado por abuso de sustancias.
- (D) daño por violación de una regla impráctica.

Kps6

7. ¿Cuál de los siguientes es el mejor ejemplo de una falla activa?

- (A) Diferentes medicamentos de quimioterapia con etiquetas y frascos similares.
- (B) Una bomba de infusión que requiere cálculos complejos de dosis.
- (C) Programando residentes a trabajar más de 60 horas continuas para cubrir un “fin de semana especial”.
- (D) Dejar pasar un neumotórax en una radiografía de tórax después de de la inserción de un catéter venoso central

Kps7

8. ¿Cuál de los siguientes es el mejor ejemplo de un error latente?

- (A) Ordenar una radiografía de tórax en un paciente equivocado.
- (B) Usar código de barras como identificación de pacientes.
- (C) Confirmar una dosis de medicamento en un directorio computarizado.
- (D) Insuficiente personal en una unidad de cuidados intensivos.

Kps8

9. Las máquinas de anestesia están diseñadas de tal forma que el tubo que lleva el gas de anestesia físicamente no puede ser conectado al Puerto del oxígeno. ¿Qué principio del factor humano es mejor ejemplificado por esto?

- (A) Restricción.
- (B) Función de forzamiento.
- (C) Menor dependencia de la memoria.
- (D) Eliminación de parecidos.

Kps9

10. Un sistema computarizado de entrada de órdenes de medicación ha sido implementado el cual presenta un rango limitado de dosis al médico tratante. ¿Qué principio del factor humano es mejor ejemplificado por esto?

- (A) Restricción.
- (B) Función de forzamiento.
- (C) Simplificación.
- (D) Menor dependencia en la vigilancia.

kps10

11. La mayoría de los errores prevenibles son causados por

- (A) Deficiencias de hechos.
- (B) Deficiencias de procesos.
- (C) Deficiencias de desempeño.
- (D) Prácticas defensivas.

Kps11

12. ¿Qué son errores latentes?

- (A) Los daños causados por el manejo medico y no por la enfermedad.
(B) Las fallas entre las interrelaciones humanas, las herramientas que ellos usan y el ambiente en el cual ellos viven y trabajan.
(C) Los actos inseguros de los trabajadores.
(D) Las propiedades ocultas de un sistema que permite que los individuos cometan errores.

kps12

13. ¿Cuál de los siguientes es el error más frecuente en la vida diaria?

- (A) Un cálculo aritmético.
(B) Lectura errónea de una etiqueta.
(C) Olvidar apagar un interruptor.
(D) Confundir dosis de medicamentos.

kps13

14. ¿Al describir cómo ocurren los errores, la causa proximal se refiere a cuál de las siguientes?

- (A) Los actos inseguros de los trabajadores
(B) Los individuos responsables por el error.
(C) La razón aparente de porque el error ocurrió.
(D) Las interacciones fármaco-fisiológicas que ocurrieron en el paciente afectado.

kps14

Sección H: Información general

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. (1) Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. (4) De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. (2) De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. (5) De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. (3) De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. (6) 21 años o más |

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. (1) Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. (4) De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. (2) De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. (5) De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. (3) De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. (6) 21 años o más |

3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. (1) Menos de 20 horas a la semana | <input type="checkbox"/> d. (4) De 60 a 79 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> b. (2) De 20 a 39 horas a la semana | <input type="checkbox"/> e. (5) De 80 a 99 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> c. (3) De 40 a 59 horas a la semana | <input type="checkbox"/> f. (6) 100 horas a la semana o más |

4. ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Marque UNA respuesta que mejor describa su posición laboral.

- ☐ a.(1). Enfermera especialista
 - ☐ b.(2). Enfermera Profesional
 - ☐ c.(3). Licenciada en Enfermería
 - ☐ d.(4). Auxiliar de Enfermería
 - ☐ e.(5). Médico Especialista
 - ☐ f.(6). Técnico Quirúrgico
 - ☐ g.(7). Médico Residente
 - ☐ h.(8) Médico General
 - ☐ i.(9) Farmacéutico
 - ☐ j. (10) Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria
 - ☐ k. (11) Licenciado en Fisioterapia
 - ☐ l.(12) Licenciado en Anestesiología
 - ☐ m.(13) Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
 - ☐ n.(14) Administración/Dirección
 - ☐ o.(15) Otro, por favor
- especifique:_____

5. En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- ☐ SÍ (1), típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- ☐ NO (2), típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?

- ☐ a (1). Menos de 1 año
- ☐ b. (2) De 1 a 5 años
- ☐ c. (3) De 6 a 10 años
- ☐ d.(4) De 11 a 15 años
- ☐ e.(5) De 16 a 20 años
- ☐ f. (6) 21 años o más

7. Genero

- ☐ a(1). Masculino
- ☐ b(2). Femenino

8. Edad

- ☐ a.(1) 20 a 29 años
- ☐ b.(2) 30 a 39 años
- ☐ c.(3) 40 a 49 años
- ☐ d.(4) 50 años o más

Gracias por completar estos cuestionarios